



Joana Correia Freitas

CONCEPÇÃO DE UM PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO PARA INDIVÍDUOS COM PRIMEIRO SURTO PSICÓTICO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
MESTRADO EM TEMAS DE PSICOLOGIA
Área de especialização:
Psicologia da Saúde
2010

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**CONCEPÇÃO DE UM PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO PARA INDIVÍDUOS
COM PRIMEIRO SURTO PSICÓTICO**

Joana Correia Freitas

Março 2010

Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Psicologia, Área de Especialização de Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, elaborada sob a orientação do Professor Doutor António Marques (E.S.T.S.P.).

RESUMO

A doença mental, em particular a psicose, apresenta uma prevalência crescente em todo o Mundo, sendo uma entidade etiopatogénica conhecida pela sua tendencial evolução prolongada, complexidade e pelos seus altos índices de comorbilidade (OMS, 2001). Concomitantemente é actualmente uma das principais causas de incapacidade e um dos principais factores geradores de níveis baixos de qualidade de vida dos portadores e dos seus familiares.

Assim, influenciados pelas evidências crescentes de que este quadro pode ser modificado por abordagens integradas que incluem as intervenções psicoeducativas, desenvolvemos um estudo que nos permitisse identificar, na perspectiva dos diferentes intervenientes no processo de reabilitação, os princípios orientadores da operacionalização destas abordagens, visando a construção de um programa psicoeducativo que permita o acesso a toda a informação e o desenvolvimento de competências de gestão da doença.

Os resultados encontrados apontam para um forte reconhecimento das potencialidades dos programas psico-educativos, tendo os 12 utentes e 31 técnicos de Saúde Mental inquiridos, apresentado alguma concordância quanto às características mais relevantes destes programas, em particular no que respeita à frequência e duração das sessões psicoeducativas, tendo no entanto, divergido quanto ao recurso a metodologias computacionais.

A sistematização do conhecimento e os dados empíricos resultantes deste estudo determinaram os pressupostos subjacentes ao programa que desenvolvemos, centrado sobretudo numa metodologia de *b-learning*, com sessões interactivas realizadas à distância e sessões presenciais semanais, dirigidas para a troca de experiências, criação de rede social e desenvolvimento do insight e de competências de gestão da doença.

ABSTRACT

The mental disease, particularly psychoses, presents a growing prevalence worldwide, being an etiopathogenic entity known by its extended, complex and comorbid evolution trend (OMS, 2001). Concomitantly, it is currently one of the main incapacity causes and one of the main factors that generate low quality life levels to the patients and to their family.

Therefore, under the influence of the growing obviousness that this scenario can be modified by integrated approaches including psycho educational interventions, we developed a study allowing us to identify, amongst the different intervenients perspective of the rehabilitation process, the principles guiding the operationalization of this approaches, targeting the construction of a psychoeducational program allowing full access to the information and development of disease skill management.

The results indicate a strong recognition of the potential of psychoeducational programs, having the 12 patients and 31 mental health professionals surveyed, present some agreement regarding the outstanding features of these programs, particularly in relation to the frequency and duration of psychoeducational sessions, having, however, differed on the use of computational methods.

The knowledge systematization and the empirical data as a result of this study, determined the underlying assumptions to the program we developed, centered mostly on b-learning methodology, with interactive sessions held distantly as well as weekly in attendance sessions, targeting the exchange of experiences, build social networks and develop the insight and skill management of the disease.

RESUMÉ

La maladie mentale, en particulier la psychose, présente une supériorité croissant dans tout le Monde, étant une entité étiopathogénique connu par sa tendancielle évolution prolongée, complexité et ses hautes valeurs de co-morbidité (OMS, 2001). Concomitamment elle est actuellement une des principales causes d'incapacité et un des principaux facteurs générateurs de bas niveaux de qualité de vie du malade et ses familières.

Ainsi, influencés par les évidences croissants de que cette situation peut être modifié par des abordages intégrées qui incluent les interventions psycho-éducatives, nous avons développé un étude qui nous permet d'identifier, dans la perspective des différents participants dans le procès de réhabilitation, les idées qui doivent orienter la opérationnalisation de ces abordages, visant la construction d'un programme psycho-éducatif qui permet l'accès à toute l'information et le développement des compétences de gestion de la maladie.

Les résultats indiquent une forte reconnaissance du potentiel des programmes psycho-éducatifs, et les 12 patients et 31 professionnels de la santé mentale interrogés, présentent quelques agréments sur les caractéristiques de ces programmes, particulièrement en ce qui concerne la fréquence et la durée des sessions psycho-éducatives. Cependant, divergent sur l'utilisation des méthodes concernant l'usage de l'ordinateur.

La systématisation de la connaissance et les donnés empiriques résultants de cette étude déterminent les idées base du programme qu'ont à développé, centré surtout dans uns méthodologie de B-learning, avec sessions interactives réalisés à distance et sessions avec la présence semainière des malades, dirigé pour l'échange d'expériences, création d'un réseau social et développement de l'insight et des compétences de gestion de la maladie.

AGRADECIMENTOS

A origem da palavra obrigado como forma de agradecimento vem do latim *obligatus*, particípio do verbo *obligare*, ligar. É a forma abreviada da expressão “fico-lhe obrigado”, ou seja, “fico-lhe ligado pela sua gentileza”. Quando nos tornamos “devedores” de outrém por um gesto que nos foi prestado, criamos um elo de ligação, mesmo que momentâneo, e devemos agradecer.

Uma dissertação de Mestrado, apesar do processo solitário a que qualquer investigador está destinado, reúne contributos de várias pessoas. Sem esses contributos esta investigação não teria sido possível.

Ao Professor Doutor António Marques, orientador da dissertação, agradeço o apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho. Obrigado por me continuar a acompanhar nesta jornada e por estimular o meu interesse pelo conhecimento e pela vida académica.

À Professora Doutora Cristina Queirós, por ter tido em momentos chave deste processo, um papel determinante na adequação dos conteúdos, pelo estímulo e valiosas sugestões, pelo esclarecimento e pelo tempo que me dispensou.

Ao Serviço da Universidade Digital da Universidade do Porto, em especial à Dra. Isabel Martins e à Dra. Teresa Correia pelo enorme interesse e disposição em colaborar com ideias pertinentes e críticas construtivas para o desenvolvimento deste projecto.

Aos técnicos e utentes que prescindiram de algum do seu precioso tempo e aceitaram colaborar neste projecto, respondendo aos questionários.

Aos meus amigos, pelo apoio e encorajamento e pela aceitação da minha indisponibilidade pontual.

Aos meus familiares, sempre presentes nos momentos significativos da minha vida, pelo apoio e compreensão incondicional.

A todas as pessoas que directa ou indirectamente contribuíram para a construção desta dissertação, o meu mais sincero sorriso.

Índice

Introdução	2
Capítulo I – Enquadramento Teórico	4
1. Psicose: caracterização geral	5
1.1. Etiologia.....	7
1.2. Sintomatologia	10
1.3. Avaliação e Tratamento.....	13
2. Psicoeducação	16
2.1. Caracterização geral e conceptualização geral.....	16
2.2. Abordagem metodológica actual.....	19
2.3. Evidências do modelo Psicoeducativo	22
Capítulo II – Estudo Empírico	34
1. Metodologia.....	35
1.1. Instrumentos.....	36
1.2. Procedimentos	38
1.3. Caracterização da Amostra	38
2. Apresentação dos resultados	41
3. Discussão dos resultados	54
Capítulo III – Proposta de Programa Psicoeducativo	60
1. Fundamentação	61
2. Pressupostos do Programa Psicoeducativo.....	63
3. Descrição do Programa	67
Conclusões	72
Referências bibliográficas	75
Anexos	86

Introdução

A motivação para a realização deste trabalho nasceu da crescente preocupação, por parte das entidades governamentais, em criar novas respostas em Saúde Mental, aliada à minha experiência em contexto hospitalar (enquanto terapeuta ocupacional) e ao interesse pessoal pela temática da psicoeducação e da psicose.

Após uma revisão bibliográfica, constata-se que os movimentos de reforma psiquiátrica romperam com o anterior paradigma de assistência psiquiátrica, que se demonstrou ineficiente e incapaz para responder às actuais exigências e valores das sociedades e às necessidades das pessoas com estas desvantagens, uma vez que o seu cerne é o hospital, a doença mental e o tratamento medicamentoso em detrimento da subjectividade e individualidade de cada pessoa (Anthony et al., 1984, cit. in Marques, 2007). O novo paradigma da Reabilitação Psicossocial veio alterar a forma de conceptualizar e intervir neste fenómeno, possibilitando uma assistência e suporte social mais integrado, descentralizado e disponibilizando os tratamentos e intervenções psicossociais necessárias ao aumento do nível de autonomia, funcionamento psicossocial e qualidade de vida das pessoas com doença mental (Anthony et al., 1984 cit. in Marques, 2007).

A Psicoeducação, definida como informação sistemática, estruturada e didáctica, relativa à doença e ao seu tratamento (tendo em conta os aspectos emocionais individuais e permitindo estimular os indivíduos a lidar com a doença adequadamente) é umas das práticas clínicas mais frequentemente adoptadas como estratégia nos serviços de Saúde Mental, uma vez que vai claramente ao encontro dos objectivos e valores da Reabilitação Psicossocial (Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, Bäuml & Kissling, 2006).

Actualmente, verificando-se um crescimento na prevalência das doenças mentais na população em geral e, mais particularmente, ao nível da população adolescente e um correspondente aumento das exigências para com os serviços de Saúde Mental, torna-se cada vez mais necessária a delineação de estratégias que nos permitam minimizar as repercussões que a doença mental provoca na vida destas pessoas e na daqueles que os rodeiam (Ballone, 2003; Conus et al., 2007; Ulloa et al., 2000). Por esta razão, o Estado Português estabeleceu a Saúde Mental como uma das prioridades sociais, tendo decretado a criação de novas respostas de cuidados continuados integrados de Saúde Mental, em função dos diferentes níveis de autonomia dos doentes, com vista à prestação de apoio psicossocial e cuidados médicos, ao reforço das competências, à reabilitação, recuperação e integração social das pessoas com incapacidade psicossocial, bem como à promoção e reforço das

capacidades das famílias que lidam com estas situações (Decreto-Lei n.º 8/10 de 28 de Janeiro, 2010).

É neste âmbito que nos propomos, através deste trabalho, tentar contribuir para o desenvolvimento desta área de interesse público. Assim, o nosso objectivo organiza-se em torno da identificação dos princípios que devem orientar a operacionalização dos programas psicoeducativos, na perspectiva dos diferentes intervenientes nos programas de reabilitação (técnicos e utentes), visando a construção de um programa psicoeducativo que permita o acesso à informação de forma organizada e ajustada às necessidades, motivações e características das pessoas com psicose.

Para atingirmos o objectivo proposto, estruturamos o trabalho em três grandes capítulos. No primeiro, apresentamos o enquadramento teórico, começando por caracterizar alguns aspectos inerentes à psicose, nomeadamente a sua evolução histórica, conceptualização actual, etiologia, sintomatologia, diagnóstico e intervenção terapêutica. Ainda neste ponto reflectiremos pormenorizadamente sobre o conceito de psicoeducação, sobre a abordagem metodológica actual e sobre as evidências científicas deste modelo. No segundo capítulo apresentamos o estudo empírico de identificação dos princípios e valores que devem orientar as práticas psicoeducativas, efectuado em duas sub-amostras, uma de técnicos de saúde mental de alguns serviços dos distritos do Porto e Aveiro e a outra composta por utentes de serviços de Saúde Mental na área do Porto. No terceiro capítulo, procuramos mobilizar e articular os conteúdos descritos na primeira parte (enquadramento teórico) com as conclusões obtidas na segunda parte (caracterização das respostas dos inquiridos) de forma a constituirmos e apresentarmos o programa que futuramente gostaríamos de implementar.

CAPÍTULO I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo começaremos por caracterizar a Perturbação Psicótica, para depois caracterizarmos a Psicoeducação.

1. Psicose: caracterização geral

A estruturação desta investigação corresponde à metodologia adoptada para a obtenção dos resultados propostos nos objectivos que fundamentam o nosso trabalho e compreende um capítulo nuclear, que nos remete para uma descrição global sobre a psicose.

O termo psicose surge pela primeira vez em 1845, através de um psicólogo alemão, Feuchtersleben, tendo sido realizada a sua descrição conceptual num artigo publicado no ano seguinte no *Jornal de Psiquiatria e Medicina Forense* (Lopes, 2001). Ao revermos a literatura do século XIX, confirmamos que o conceito de psicose é um conceito descritor que reporta às doenças de foro mental, sendo que foi Pinel que relatou no seu livro “*Traité sur la Manie*” (publicado em 1801 e considerado uma das primeiras publicações da Psiquiatria) que todas as “coisas” que têm relação com a loucura são chamadas de mania. Posteriormente, no segundo livro, abandona o conceito de que mania era sinónimo de loucura e procura desenvolver uma classificação e ordenação das loucuras, organizada em torno do pressuposto de que são manifestações relacionadas com o nervoso (Lopes, 2001). Em 1892, é dado um grande destaque ao conceito nos trabalhos de Mobius, quando este divide as doenças mentais e as psicoses, em perturbações exógenas e endógenas. Posteriormente, o conceito de psicose é aplicado e descrito em vários tratados de psiquiatria, como por exemplo nos tratados de Aschaffenburg em 1911 e de Bumke em 1920 (Lopes, 2001). Griensinger, um psiquiatra alemão, formula então a célebre expressão: “doenças mentais são doenças cerebrais”. Afirma que a desordem mental, a perturbação mental e a doença mental são uma única coisa que segue um ciclo evolutivo, com início na mania, passa pela melancolia, pelo delírio e termina numa diminuição global das funções mentais ou seja na demência (Lopes, 2001).

Os trabalhos de Kraepelin inauguraram a primeira classificação das perturbações mentais (baseada no modelo médico), delineando a existência de doenças com etiologia, sintomatologia, curso e resultados diferenciados. A demência precoce é então separada da perturbação maníaco-depressiva e da paranóia, com base em critérios relacionados com os sintomas e prognóstico. Kraepelin distingue então três formas de perturbação, nomeadamente a hebefrénica, catatónica e paranóide (Mota Cardoso, 2002; Silva, 2006).

Em 1913, Jaspers lança o livro *Psicopatologia Geral*, onde demonstra que a doença mental tem uma estrutura caracterizada por uma perda do relacionamento com o Mundo e

com o Eu, sendo constituída por uma série de sintomas tais como delírios e alucinações (Lopes, 2001).

Segundo o glossário da Associação Norte-Americana de Psiquiatria, em 1960, o termo psicótico referia-se a um amplo comprometimento do teste da realidade, podendo ser utilizado para descrever o comportamento de um indivíduo em determinado momento ou uma perturbação mental no qual, em algum momento do seu curso, todos os indivíduos com essa perturbação apresentam comprometimento no teste da realidade. Em 1966, o termo psicose era então definido como uma “profunda desorganização mental, da personalidade ou do comportamento que resulta de uma incapacidade do indivíduo para tolerar as exigências do seu meio social, seja por causa da enormidade do stress que lhe é imposto, seja devido à sua inadequação ou debilidade adquirida de seu organismo, especialmente do seu sistema nervoso central, ou, ainda, à combinação desses factores, que se podem manifestar por perturbações da percepção, do pensamento ou do afecto” (Webster’s dictionary, 1966, p. 1833 cit in Dorin, 2004).

Actualmente, a psicose é definida como um espectro com dois pólos: o da despersonalização e o da desrealização. Toda a psicose é formada por um conjunto de alterações do conhecimento do indivíduo do próprio Eu e do mundo que o rodeia, ou seja, é a alteração entre o Eu e o mundo exterior (Mota Cardoso, 2002; Lopes, 2001).

No DSM-IV-TR, versão de 2002, as perturbações psicóticas incluem as perturbações invasivas do desenvolvimento, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação esquizoafectiva, perturbação delirante, perturbação psicótica breve, perturbação psicótica compartilhada, perturbação psicótica devido a uma condição médica geral, perturbação psicótica induzida por substâncias e perturbação psicótica sem outra especificação. As diferentes perturbações diferem entre si ao nível dos sintomas e do período de duração dos mesmos (Fernandes, 2002). Encontra-se sob proposta de revisão para o DSM-V, a classificação dos cinco níveis de doenças mentais inventariados, em que a nova proposta recomenda colapsar todos estes níveis para uma só categoria, cuja essência reside na teoria de correlação entre as doenças mentais e os diversos estados cerebrais patológicos verificados no indivíduo diagnosticado, organizando deste modo um modelo integral inerente ao diagnóstico psiquiátrico. Esta proposta da American Psychiatric Association (APA) pretende formalizar um antigo objectivo relativo à classificação das doenças mentais, cuja definição radica na aplicação Modelo Biomédico relativo a todas as doenças mentais (Paulsen, 2010).

De forma a enquadrar a amostra de população seleccionada para objecto de estudo do caso nesta investigação, procedemos a uma breve abordagem à temática e conceito focalizado do nosso estudo do caso, relativo à patologia da Psicose Esquizofrénica na Adolescência. Na adolescência, a disfunção social juntamente com a perda da vontade, por serem sintomas que dizem respeito ao nível de realização interpessoal, escolar, ocupacional ou em outras actividades, deve ser considerada com cautela. Segundo Ballone (2004), o desenvolvimento normal e característico de alguns grupos de adolescentes, emocionalmente mais sensíveis, pode muitas vezes sugerir uma suposta perturbação psicótica ou simular sintomas psicóticos negativos, concluindo-se que muitas vezes os verdadeiros sintomas psicóticos podem passar despercebidos, confundindo-se tais sintomas com alterações normais do relacionamento social na adolescência. Assim, a idade é um factor significativo a ter em conta, aquando a realização do diagnóstico.

Analisemos agora as diferentes perspectivas acerca da etiologia deste tipo de perturbações.

1.1. Etiologia

A discussão sobre a etiologia das psicoses conheceu avanços quando Kreutzfeld e Jaccobi encontraram alterações nos núcleos da base e quando os estudos de grandes mestres de anatomia patológica, como Nogucchi e Maro, descobriram a bactéria espiroqueta no córtex que levou à descoberta da natureza da paralisia geral (Lopes, 2001). Mas é sobretudo com o trabalho de Bonhoeffer, publicado no Tratado de Psiquiatria de Aschaffenburg sobre as psicoses sintomáticas (que evidencia a importância das causas externas na produção dos quadros de perturbação mental) que aparece pela primeira vez a ideia de um sintoma obrigatório na doença mental: a perturbação da consciência (Lopes, 2001).

Relativamente aos modelos formulados, explicativos deste tipo de perturbações, os que recolhem maior unanimidade organizam-se em torno do modelo do desenvolvimento neurológico (Weinberger, 1987, cit in Silva, 2006) e do modelo da vulnerabilidade (Zubin, 1977, cit in Silva, 2006). O Modelo de Desenvolvimento Neuropsicológico da Psicose afirma que as anomalias neurocognitivas encontradas nos pacientes psicóticos reflectem uma vulnerabilidade biológica do sistema nervoso através de uma base genética. A hipótese deste modelo considera que essas anomalias são consequência de uma instabilidade cerebral que surge durante a vida intra-uterina ou em alguns momentos peri-natais (Weinberger, 1987, cit in Silva, 2006). As agressões neurológicas responsáveis por esta instabilidade cerebral seriam de natureza virótica ou nutricional ou ainda, provenientes de complicações

obstétricas que acontecem às pessoas que têm um padrão genético predisposto (Lewis, 1987, cit in Silva, 2006). O Modelo da Vulnerabilidade reconhece a ideia clássica de predisposição e vulnerabilidade para a grande maioria das doenças, portanto, nada poderia justificar a exclusão desse raciocínio para as doenças mentais e para a psicose. De acordo com o conceito de vulnerabilidade, a psicose não aparece subitamente na vida da pessoa, mas seria precedida e facilitada por determinados factores psicológicos e biológicos necessários ao seu desenvolvimento (Ballone, 2003; Silva, 2006). Segundo este modelo, algumas pessoas apresentariam disfunções determinadas geneticamente, capazes de as tornar propensas a desenvolver sintomas psicóticos em certas condições de tensão ambiental (Nuechtertein, 1994, cit in Silva, 2006). Esses elementos são chamados de marcadores neurobiológicos de vulnerabilidade que correspondem às características e traços que reflectem anomalias constitucionais implicadas no desenvolvimento da doença, que podem igualmente ser perscrutadas e identificadas nos familiares geneticamente próximos das pessoas com esquizofrenia (Silva, 2006). Desta forma, o património genético é assumido como um factor indispensável e sobre o qual os factores ambientais desempenhariam ou não um papel essencial para o desenvolvimento da Psicose Esquizofrénica (Ballone, 2003; Silva, 2006). Assim, segundo esta hipótese, só as pessoas vulneráveis apresentariam uma Psicose Esquizofrénica caso fossem expostas a factores de stress, enquanto as demais pessoas permaneceriam assintomáticas ou, no máximo, mostrariam apenas manifestações subclínicas quando expostas aos mesmos agentes de stress (Mota Cardoso, 2002). Em suma, a diferença entre estes dois modelos (que na realidade se completam), organiza-se em torno do facto de na teoria da vulnerabilidade os elementos constitucionais genéticos assumirem um peso maior que os aspectos ambientais ou de desenvolvimento, enquanto na hipótese do desenvolvimento neuropsicológico, os elementos ambientais de desenvolvimento têm um peso igual ou superior à genética (Silva, 2006).

Uma das teorias explicativas da psicose mais comumente aceite é também a *Teoria Genética*, que defende que a psicose é uma desordem hereditária, assente em estudos epidemiológicos que parecem demonstrar que indivíduos que possuem parentes em primeiro grau com psicose possuem um risco aumentado em desenvolver a doença: gémeos monozigóticos na ordem dos 50% e gémeos dizigóticos cerca de 12 %, sendo então o risco de desenvolver a doença significativamente superior ao da população em geral, que é de cerca de 1%. (Mota Cardoso, 2002; Silva, 2006).

Numa outra perspectiva, a *teoria dopaminérgica* da psicose, baseia-se na observação de que certas drogas têm a capacidade de estimular a neurotransmissão da dopamina (DA).

Estudos realizados constataram que uma droga psico-estimulante, nomeadamente a anfetamina, quando administrada em doses altas e repetidas causa uma psicose tóxica com características muito semelhantes às da psicose esquizofrénica paranóide em fase activa, sendo que a semelhança é tão grande que pode levar a erros de diagnóstico, caso o médico ignore que o paciente tenha ingerido tal substância (Silva, 2006). Assim, é possível que os sintomas esquizofreniformes (grande agitação psicomotora, alucinações auditivas e ideias delirantes do tipo persecutório) sejam devido ao excesso de actividade dopaminérgica determinado pela anfetamina. Com efeito, essas manifestações cedem rapidamente após a administração de antipsicóticos bloqueadores dos receptores dopaminérgicos sobretudo do tipo D2 (tais como a clopromazina e o haloperidol), ricamente distribuídos nos gânglios da base e áreas mesolímbicas. (Graeff, 1989, 2004, cit in Silva, 2006).

As *Teorias Psicológicas*, ilustrada aqui por uma das suas principais correntes, focalizam-se sobretudo no ambiente familiar do paciente, utilizando o conceito de emoção expressa (EE) para definir determinados tipos de atitudes hostis ou do excesso de envolvimento emocional por parte de familiares de esquizofrénicos. Estudos que utilizaram metodologia adequada, (entrevistas bem estruturadas) para avaliar a presença destas atitudes, têm demonstrado que altos índices de EE na família aumentam significativamente a taxa de recaída e re-hospitalização dos pacientes. Apesar do mecanismo pelo qual a EE leva a uma recaída ser ainda desconhecido, os resultados anteriores têm implicações fundamentais não só para o esclarecimento da relação factores psicossociais vs sintomas esquizofrénicos, mas também para a formulação de estratégias terapêuticas e psicoeducativas que visam a prevenção de recaídas (Mota Cardoso, 2002; Brown et al., 1972, cit in Silva, 2006).

Por último, as teorias sociais enfatizam sobretudo a influência de determinados aspectos relacionados com uma pessoa significativa (Gameiro, 1992, cit in Marques, 2007) ou o impacto de determinadas situações de vida (Horwitz, 2002, cit in Marques, 2007). Esta perspectiva, mais ampla na leitura do fenómeno confere as implicações que os factores ambientais podem ter no modo como a pessoa funciona, remetendo-nos para o facto de que o modo como as pessoas funcionam vai resultar da interacção entre as capacidades que um indivíduo possui e o contexto onde ele opera (Marques, 2007). Segundo Gameiro (1992, cit. in Marques, 2007), estas pesquisas podem ser divididas em macro-sociais, que incidem sobre a estrutura social na sua multidimensionalidade e micro-sociais que se debruçam sobre as interacções familiares mais imediatas. Nos estudos macro-sociais, a doença mental é perspectivada como o resultado de processos culturais desencadeados por uma multiplicidade de condições sociais insuportáveis que são colmatadas pela criação de um

mundo onde essa orientação é assegurada (Devereux, 1997, cit. in Marques, 2007). Numa perspectiva micro-social, Cooper (1997, cit. in Marques, 2007) enquadra a psicose no contexto das relações interpessoais, dando ênfase às relações familiares. Assim, a doença é vista como uma resposta de libertação ao relacionamento patogénico que a família constitui.

Actualmente, as pesquisas têm mostrado que a psicose resulta de uma complexa interacção de vários factores, caracterizando-se cada vez mais numa perspectiva psicossocial (Nuechterlein & Dawson, 1984). Portanto, a sintomatologia resultante da psicose não é proveniente de uma causa isolada e comum, mas sim de um sistema interpretativo que reúne em si factores biológicos, psicológicos e sociológicos, atribuindo às circunstâncias e à subjectividade de cada indivíduo, um papel fundamental para a sua compreensão (Jennet et al, 1992, cit. in Marques, 2007).

Roder e colaboradores (2001 cit. in Marques, 2007) desenvolveram um modelo que relaciona as diversas fases do desenvolvimento individual com determinadas variáveis de influência na génese e predição da psicose. Assim, identificou factores biológicos (como a contribuição genética, efeitos intra-uterinos prejudiciais, o trauma do nascimento, sequelas cerebrais, etc), psicológicos (relações familiares disruptivas, processos de aprendizagem desadaptados) ou sociológicos (como por exemplo, exposição a agentes ansiogénicos ou stressantes, pobreza, abuso de drogas, perda de emprego, défices no relacionamento, etc.) (Tsuang & Faraone, 1997, cit in Marques, 2007).

As influências parecem então ser várias e de diversas naturezas, podendo a psicose ser considerada como uma reacção complexa e variada a uma situação global, igualmente complexa de determinada pessoa. Analisemos a sintomatologia característica.

1.2. Sintomatologia

De modo geral, a adolescência aumenta as dificuldades do diagnóstico, seja pela ocorrência de sintomas atípicos das perturbações emocionais nessa fase da vida, seja pelos equívocos desses sintomas com a maneira emocional exuberante e típica desta idade (Ballone, 2003; Conus et al., 2007; Ulloa et al., 2000). Assim, para um correcto diagnóstico é relevante determinar se os sinais e sintomas apresentados por um determinado paciente são normais, quase normais ou francamente patológicos para a sua idade; saber se os sintomas e sinais são ou não manifestações pré-clínicas de alguma psicose que aparecerá posteriormente; e, finalmente, saber dos eventuais efeitos da puberdade física e psíquica sobre as características de personalidade deste determinado paciente (Ballone, 2003; Conus et al, 2007; Ulloa et al, 2000).

Posto isto, encontramos divergências entre autores, sendo que alguns consideram que a psicose é geneticamente condicionada e que se constitui muito precocemente, embora, se manifeste de forma significativa apenas depois da puberdade e, outros, consideram que a psicose é a via final e comum de vários factores traumáticos convergentes, sejam ambientais, pré e peri-natais, infantis ou familiares, cujo ápice acabaria por manifestar-se sob a forma de uma psicose na adolescência (Ballone, 2003; Conus e tal, 2007; Ulloa et al, 2000).

Em tese, a psicose foi concebida há pouco mais de 100 anos e ainda hoje, com o DSM-IV e a CID-10, mantém grande parte dos critérios utilizados naquela época. A exemplo dos diagnósticos médicos em geral, perturbações como a psicose foram delimitadas nos moldes de categorias estanques que pouco mudaram ao longo de todo este tempo. Portanto, para facilitar a clínica relativa à psicose, deve-se ter em conta que os elementos que representam apenas alguma variação de traços pré-existentes da personalidade costumam ser egosintónicos, isto é, não destoam da aspiração natural e da satisfação da pessoa consigo mesma. Esta característica é importante, uma vez que, por ser egosintónica, não se constitui em algo mórbido (Ballone, 2003).

Os primeiros sinais e sintomas da doença aparecem mais comumente durante a adolescência ou início da idade adulta (Ballone, 2003). Keshavan e Schooler (1992) propõem a definição da perturbação psicótica como sendo o período que abrange todos os sintomas que a caracterizam (sintomas positivos e negativos), incluindo todos os episódios e sua relativa duração de sintomas (fases prodrómica e residual). O seu início é definido pela apresentação dos sinais ou sintomas continuados que duram por um determinado período de tempo. Os termos "fase prodrómica" e "fase residual" são definidos na relação temporal do primeiro episódio psicótico: a prodrómica é a que antecede o episódio propriamente dito e a residual a que se segue.

Dentro desta perspectiva, o primeiro episódio do tipo psicótico é considerado como um período, com um tempo específico de duração, durante o qual o indivíduo manifesta um número mínimo de sinais específicos para satisfazer os critérios dados à categoria de desordem psicótica. O início do episódio é a apresentação específica dos sinais que definem a síndrome, enquanto o fim do episódio é definido como a remissão dos sinais durante um período de tempo específico. Essa remissão pode ser parcial, incluindo a persistência de alguns sinais residuais, ou completa, quando o sujeito não apresenta mais que sinais mínimos (Keshavan & Schooler, 1992).

Em resumo, o curso evolutivo do primeiro episódio psicótico pode ser dividido em três etapas: a fase pré-psicótica ou prodrómica, a fase aguda, onde os sintomas se

manifestam de forma mais acentuada e a de recuperação (McGorry & Edwards, 2002). A fase prodómica é caracterizada pelos sintomas que antecedem uma doença. Até agora a maioria dos estudos sobre os prodrómos da psicose referem-se mais aos sintomas que precedem as recaídas de uma psicose anteriormente diagnosticada, em vez dos sintomas prodrómos de um primeiro surto psicótico (Ballone, 2003). Estes sintomas, apesar de poderem surgir de forma abrupta, iniciam-se frequentemente de maneira insidiosa, podendo, no entanto, ocorrer certas alterações, tais como, perda de energia, iniciativa e interesses, humor depressivo, isolamento, comportamento inadequado, negligência com a aparência pessoal e higiene, que podem surgir e permanecer por algumas semanas ou até meses antes do aparecimento de sintomas mais característicos da doença. De forma geral, os familiares e amigos acabam por denotar mudanças no comportamento do paciente, nas suas actividades pessoais, no contacto social e no desempenho no trabalho e/ou escola (Vallada Filho & Busatto Filho, 1996, cit in Silva, 2006).

De acordo com as classificações psiquiátricas internacionais mais utilizadas (CID.10 e DSM IV), são considerados sintomas psicóticos no adolescente todos aqueles que possam sugerir especialmente a psicose esquizofrénica. Embora o próprio DSM IV ressalve que "nenhum sintoma isolado é patognomónico (exclusivo) da esquizofrenia, cujo diagnóstico implica no reconhecimento de uma constelação de sinais e sintomas vinculados a disfunções sociais e ocupacionais", o que nos remete, às manifestações clássicas: ideias delirantes, embotamento afectivo, alucinações, perda da lógica, desorganização do discurso perda da vontade, desorganização do comportamento e disfunção social (Mota Cardoso, 2002).

Quanto aos défices cognitivos, os pacientes demonstram um défice cognitivo generalizado, ou seja, eles tendem a ter um desempenho em níveis mais baixos do que controlos normais numa variedade de testes cognitivos. As áreas neuropsicológicas mais afectadas dizem respeito ao raciocínio conceitual complexo, velocidade psicomotora, memória de aprendizagem nova e incidental e habilidades motoras, sensoriais e perceptuais e, as alterações cognitivas selectivas mais proeminentes na psicose incluem défices em atenção, memória e resolução de problemas (Ulloa et al, 2000; Silva, 2006).

Devido a estes aspectos, a taxa de suicídio é entre 5 a 9 vezes superior às taxas de suicídio nos indivíduos sem psicose e, como tal, é crucial motivar o indivíduo a aderir ao tratamento e proporcionar-lhe informação sobre a sua doença e sobre estratégias para prevenir as recaídas (Valimaki et al., 2008). Por esta razão, é importante que seja realizada uma eficaz e pormenorizada avaliação pela equipa de Saúde Mental que determine quais as principais necessidades e prioridades de cada utente, para que mais facilmente se consiga

construir em conjunto com o utente um plano de cuidados individualizado com objectivos concretizáveis à recuperação do mesmo.

1.3. Avaliação e Tratamento

Em 1964, Gerald Kaplan publica o livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, que constitui um referencial importante para a prática comunitária em saúde mental promovendo o recurso às técnicas preventivas como metodologia de trabalho no domínio da saúde mental, e potenciando a contínua expansão do paradigma integrado biopsicossocial, actualmente o mais prevalente e de maior evidência na optimização dos resultados a obter no tratamento de pacientes diagnosticados com psicoses, entre outras doenças do foro mental. Este modelo de actuação permite a incorporação integrada de uma equipa multidisciplinar na prática clínica na área da saúde mental, em que se prioriza um novo objectivo, que é a prevenção, que conleva igualmente um novo sujeito inerente ao tratamento, em que a comunidade envolvente representa um espaço inovador de tratamento para o individuo sinalizado e diagnosticado com patologia do foro mental, no nosso caso específico a psicose (Costa, 1989).

Neste enquadramento, a avaliação biopsicossocial deve conter a história familiar e pessoal do adolescente, assim como a história descritiva do início dos sintomas, relatado não só pelo adolescente como também pelos familiares, amigos, prestadores de cuidados, professores e outros. É igualmente importante realizar um exame físico completo incluindo testes laboratoriais (Conus et al., 2007; Ulloa et al., 2000). Relativamente aos instrumentos de avaliação estruturados e semi-estruturados, vários foram concebidos para esta perturbação, sendo segundo Ulloa e colaboradores (2000) mais utilizados o *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children (K-SADS)*, *Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA)* e *Interview Schedule for Children (ISC)*. Ainda assim, esta é uma área de pesquisa consideravelmente recente sendo importante realizar-se mais estudos e conceber novos instrumentos que nos permita ir ao encontro de uma avaliação correcta das capacidades e incapacidades do paciente para então se elaborar um correcto diagnóstico e assim encaminhar o utente para um correcto tratamento (Conus et al., 2007; Ulloa et al., 2000).

Este tratamento das psicoses está direccionado para duas vertentes: farmacológica e psicossocial, onde está radicada a intervenção psicoeducativa como recurso de tratamento. A base do tratamento farmacológico restringe-se aos antipsicóticos, cuja eficácia das substâncias utilizadas, sobre as psicoses tem sido demonstrada em vários trabalhos (Conus et

al., 2007; Tengan, 2004). Por uma série de razões, as pesquisas com os antipsicóticos iniciam-se na população adulta e somente após alguns anos essas substâncias são autorizadas para uso na infância/adolescência. Nos últimos anos, tem surgido um número importante de antipsicóticos (atípicos) com eficácia comprovada e menores efeitos adversos, porém sua utilização no tratamento das psicoses em adolescentes ainda é restrita (Tengan, 2004).

Os antipsicóticos podem ser divididos em dois grupos de acordo com a sua potência. Assim, temos os antipsicóticos de “alta potência” (como o haloperidol, flufenazina, trifluoperazina, tiotixene) e os de “baixa potência” ou sedativos (como clorpromazina, tioridazina etc) (Ehmann, 2004; Silva, 2006). Devemos ter em consideração que os antipsicóticos não fazem mais que atenuar a intensidade das manifestações psicóticas agudas, sendo incapazes de curar o paciente. São fundamentalmente efectivos no tratamento dos sintomas positivos da doença, sendo questionável a sua acção sobre sintomas negativos (Silva, 2006). Além do efeito terapêutico, os antipsicóticos podem causar efeitos colaterais típicos, tais como, a síndrome de Parkinson, reacções distónicas agudas, acatisia, acinesia e síndrome neuroléptica maligna (Ehmann, 2004; Silva, 2006).

Dentro desta perspectiva, começou a considerar-se que a farmacoterapia antipsicótica deve fazer parte de uma abordagem terapêutica ampla e abrangente visando à reabilitação psicossocial do paciente (Ulloa, 2000). Assim, encorajados pela utilização da terapia cognitiva para os sintomas da depressão vários clínicos estenderam estas técnicas ao tratamento de sintomas psicóticos positivos resistentes à medicação, tendo sido Beck, em 1952, um dos primeiros autores a reportar a utilização duma intervenção cognitiva para os sintomas psicóticos da esquizofrenia, base actual da abordagem cognitivo-comportamental para o tratamento individual de sintomas psicóticos (Ulloa et al., 2000; Silva, 2006).

A abordagem psicossocial constitui deste modo uma estratégia diversificada, quanto ao âmbito de aplicação e aos recursos disponíveis a utilizar, permitindo-nos elaborar um plano integral de intervenção com enfoque nos vários meios envolventes que assistem o sujeito diagnosticado com psicose na adolescência, sem fazer uso exclusivo das substâncias farmacológicas (McKenna, 1994). Assim, as intervenções psicossociais para a psicose têm sido desenvolvidas com o objectivo de diminuir a vulnerabilidade da pessoa; reduzir o impacto de eventos stressantes e situações; diminuir a angústia e incapacidade; minimizar os sintomas; melhorar a qualidade de vida; redução de riscos; melhorar a comunicação e aumentar a adesão ao tratamento (Ehmann, 2004).

As recentes conclusões da Comissão Especializada para a Reabilitação Psicossocial, do Conselho Nacional de Saúde Mental, sobre a Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental, refere que é necessário, entre outros aspectos, evitar o isolamento e proporcionar qualidade de vida aos doentes no contexto domiciliário ou familiar, proporcionar respostas não-hospitalares de prevenção e intervenção na crise e apoio pós-crise (Brito, 2005). Além disso, preconiza-se a avaliação sistemática das intervenções, para o que se torna necessária a realização de investigação e estudos para identificar os aspectos determinantes dos programas de reabilitação existentes e uma maior individualização das intervenções, através da renovação do conteúdo dos programas de reabilitação para ir de encontro aos interesses dos utentes. Um tal objectivo significará um maior investimento nas equipas técnicas e a actualização da formação em reabilitação psicossocial dos profissionais de saúde mental (Brito, 2005).

A formulação que se retira do anterior conjunto de dados, onde a problemática da psicose nos adolescentes se apresenta como variável independente desta investigação, permite a conceptualização de uma estratégia de reabilitação cujo objecto de estudo se encontra radicado na exploração de uma tipologia terapêutica inerente à psicoeducação, metodologia esta que será o objecto de procedimento de actuação da nossa investigação.

Vários autores têm vindo a sugerir que o tratamento apropriado das doenças mentais implica o uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais, de forma clínica e integrada (Leal et al., 2008; Rotondi et al., 2005). Conforme vimos anteriormente, a psicose tem-se constituído como uma entidade dinâmica e volátil, sofrendo desde sempre profundas alterações na sua conceptualização e enquadramento, por se tratar de um fenómeno complexo e multifactorial. Ao longo dos tempos, vários paradigmas (biológico, psicológico e social) têm procurado explicar esta doença e vários estudos têm sido desenvolvidos nas áreas da intervenção farmacológica e psicoterapêuticas (entre eles a psicoeducação), no sentido de abrir o caminho para a introdução de novos procedimentos terapêuticos que permitam ajudar a pessoa a melhorar o seu funcionamento psicossocial.

Neste sentido, pretendemos, seguidamente, reunir e sintetizar os principais resultados dos trabalhos de investigação disponíveis na área a nível internacional, que fundamentam os consensos actuais acerca das intervenções psicoeducativas para pessoas com psicose. Ao mesmo tempo, procuramos identificar os aspectos que, com base nos resultados e recomendações dos estudos já realizados, consideram pertinentes para a concepção de um programa psicoeducativo.

2. Psicoeducação

Neste ponto abordaremos, numa primeira fase, a caracterização geral e conceptualização actual da psicoeducação, descrevendo e explorando, numa segunda fase, a abordagem metodológica actual e as evidências científicas deste modelo.

2.1. Caracterização geral e conceptualização actual

A Psicoeducação é uma disciplina científica de conhecimento e actuação bidimensional entre a Saúde e a Educação, que interage com o processo de aprendizagem humano, especificamente orientada para os seus padrões normais e patológicos, considerando a influência do meio, da família, da sociedade e do percurso profissional do indivíduo na sua trajectória de vida (Caminha et al., 2003).

O conceito de Psicoeducação foi inicialmente reportado num artigo científico “Psychotherapy and re-education” por John E. Donley, publicado em 1911 no “Journal of Abnormal Psychology”. No entanto, só passados trinta anos é que se assistiu a uma introdução mais assertiva deste conceito na literatura da especialidade, com a publicação em 1941 do livro “The psychoeducational clinic” de Brian E. Tomlinson (Glick, 1994).

A Psicoeducação foi igualmente explorada em França, através da realização de uma Tese, intitulada “La stabilité du comportement”, publicada em 1960 (Bäumel et al., 2006) e assistiu a um impulsionamento a partir dos trabalhos de Brown e colaboradores (1962), que abordou a psicoeducação como metodologia de mudança de algumas atitudes familiares e forma de prevenção de recaídas em pessoas com psicose esquizofrénica.

Por volta de 1970, os programas psicoeducacionais para familiares de indivíduos com doença mental assumiram um papel importante no plano de reabilitação do utente, começando-se a ouvir frequentemente o termo psicoeducação familiar, que terá surgido com Anderson et al. (Watkins & Callicut, 1997; Posner et al., 1992). Podemos neste contexto evidenciar alguns dos programas psicoeducacionais desenvolvidos durante a década de 70 e que abriram precedente para esta tipologia de intervenção. Entre os distintos salientamos o programa aplicado por Ian Falloon e colaboradores, que desenvolveram uma intervenção em famílias de pessoas com diagnóstico de psicose esquizofrénica, a que chamaram “Terapia Familiar Comportamental” (TFC). Esta designação significava que a base de trabalho era a família em conjunto, sugerindo a inclusão nas sessões de todos os elementos disponíveis, nomeadamente da pessoa com doença psicótica (Falloon & Boyd & McGill, 1984). Paralelamente, Liberman (1970) estava a desenvolver outras experiências com trabalho

psicoeducativo em grupos de famílias de doentes psicóticos. Por esta razão, resultou determinante o encontro em Londres entre Falloon e Liberman, na década de 70, na génese da TFC (Liberman & Falloon, 1981). A conjugação da experiência de ambos levou à realização de estudos sistemáticos de terapia multifamiliar (envolvendo algum trabalho com cada família, isoladamente), em combinação com treino sistemático de aptidões sociais para os doentes. Tanto na Inglaterra (Falloon, 1981) como nos EUA (Liberman & Falloon, 1981) os resultados foram extremamente promissores e integram-se, sem dúvida, tanto nos critérios gerais da psicoeducação, de acordo com a declaração de consenso promovida em 1998 sob os auspícios da World Schizophrenia Fellowship (McFarlane & Dixon & Lukens & Lucksted, 2003) como nos objectivos e princípios (Fadden, 1998).

O objectivo da TFC traduz-se, assim, em dotar as famílias de mais conhecimentos sobre a doença psicótica e de melhores competências de comunicação e resolução de problemas, que facilitem a gestão de stress no quotidiano e nas crises ocasionais (pessoais, familiares). Trata-se de uma intervenção focal, de duração limitada e com objectivos bem definidos, guiada pela avaliação funcional da família, sem excluir no entanto que o modelo psicoeducativo TFC constitui um complemento valioso, mas nunca uma alternativa à abordagem médica da psicose ou de outras doenças mentais. Este pressuposto básico continua a ser corroborado pela investigação (Keshavan & Schooler, 1997).

A popularização da terminologia psicoeducação e o seu correspondente desenvolvimento no contexto actual deve-se ao investigador americano Anderson que, no início do ano 1980, relacionou este factor com a sua investigação realizada e aplicada ao tratamento e reversão da sintomatologia associada à entidade psicótica (Hogarty & Anderson & Reiss, 1991). Segundo Rummel-Kluge e colaboradores (2006) a intervenção psicoeducativa refere-se a informação sistemática, estruturada e didáctica relativa à doença e ao seu tratamento e tem em conta os aspectos emocionais individuais, permitindo estimular os indivíduos a lidar com a doença adequadamente. Esta intervenção permite que o paciente seja capaz de compreender as diferenças entre as suas características pessoais e as características da doença, ajudando-o a lidar melhor com a sua problemática, pois passa a conhecer detalhadamente as consequências, os sintomas e os factores desencadeantes referentes à patologia que apresenta (Caminha et al., 2003).

Knapp e Isolan (2005) acreditam que um dos principais objectivos da psicoeducação é a adesão à medicação. Ela visa dar aos pacientes informações sobre a natureza e o tratamento da perturbação psicótica, promovendo ensinamentos teóricos e práticos para que o paciente possa compreender e lidar melhor com a sua doença, ou seja, desenvolver uma

estratégia de coping adequada ao seu caso. Os autores mencionam ainda que outros tópicos devem ser abordados em intervenções psicoeducativas como a identificação precoce dos sintomas prodrômicos, o não consumo de drogas ilícitas e a capacidade de enfrentar com auto-confiança situações provocadoras do stress e da ansiedade.

Assim, a psicoeducação tem sido definida como uma intervenção didacta-psicoterapêutica sistemática, designada para informar os indivíduos e seus familiares sobre a patologia e tratamento e sobre estratégias de coping (Simoneau et al., 1999; Bäuml et al., 2006) que, quando combinada com o tratamento farmacológico, tem a capacidade de orientar pacientes na estabilização do humor, diminuir os internamentos hospitalares e aumentar o funcionamento do indivíduo em diversas áreas (Huxley & Parikh & Baldessarini, 2000). Esta intervenção pode ser vista como o estabelecimento de um fluxo de informações de terapeuta para paciente e vice-versa. Como qualquer intervenção terapêutica ela é baseada no bom senso. O seu objectivo é providenciar aos pacientes psicóticos uma abordagem teórico-prática que favoreça o entendimento da sua doença, de forma a fazer do paciente um colaborador activo, aliado dos profissionais de saúde envolvidos e consequentemente tornar o procedimento terapêutico mais eficaz (Justo & Calil, 2004). Para tanto, Caminha e colaboradores (2003) afirmam ser fundamental que o paciente seja informado quanto ao modelo de tratamento ao qual será submetido.

Sob esta visão, a psicoeducação torna-se parte fundamental de praticamente todos os protocolos para tratamento da perturbação psicótica na modalidade da Terapia Cognitivo-Comportamental. O seu papel educativo aparece desde o início até ao final do tratamento, sendo que a tarefa do terapeuta é educar e familiarizar o paciente em relação aos seus problemas e à sua patologia, esclarecendo-o acerca das implicações e consequências do diagnóstico estabelecido (Callahan & Bauer, 1999). Tal modalidade de tratamento caracteriza-se por ser limitada no tempo, estruturada, directiva, focalizada no presente e na procura de resolução de problemas. Por conseguinte, é uma abordagem baseada em métodos experimentais e científicos que utiliza diversos meios, tais como, panfletos e folhetos elucidativos, livros de linguagem acessível, filmes, computador, entre outros, para atingir o propósito de educar o paciente sobre a sua patologia, conseguindo, assim, identificar comportamentos e pensamentos disfuncionais que acabam por potenciar ansiedade e sofrimento (Basco & Rush, 2005).

Gonzalez-Pinto e colaboradores (2004) realizaram um estudo de revisão sobre psicoeducação e terapia cognitivo-comportamental para a perturbação psicótica fornecendo uma visão geral das referidas modalidades de tratamento. Os autores avaliaram publicações

da língua inglesa entre os anos 1971 e 2003 e verificaram que, quando combinada com tratamento farmacológico, a psicoeducação ajuda a melhorar a adesão ao tratamento. Eles evidenciaram ainda que o estímulo da aprendizagem na identificação precoce dos sintomas maníacos auxilia a melhorar os resultados terapêuticos e a reduzir o número de episódios psicóticos.

Considerando todas as vantagens propostas pela terapia oferecida baseada no modelo psicoeducativo é necessário mostrar alguma evidencia da eficiência deste tipo de intervenção quando aplicado às pessoas diagnosticadas com psicose. Assim, importa salientar quer os resultados verificados anteriormente por outras investigações, quer os resultados a obter por via do presente plano de trabalho aqui proposto.

Em jeito de síntese, diversos autores assumem como principais virtualidades da psicoeducação, providenciar estratégias para gerir a vulnerabilidade do utente às circunstâncias de vida stressantes, dar suporte emocional aos indivíduos e familiares e consequentemente melhorar as relações familiares e reforçar a importância da adesão ao processo de reabilitação e à toma da medicação (Beck & Rector, 2005; Pratt et al., 2005; Love, 2002). Por esta razão, justifica-se uma pesquisa detalhada que nos permita identificar as características dos diferentes programas psicoeducacionais orientados directamente aos indivíduos afectados com um primeiro surto psicótico já implementados, bem como compreender, a sua eficiência, de forma a fundamentar as opções metodológicas e explorar todas as potencialidades da psicoeducação como recurso de tratamento das doenças mentais.

2.2. Abordagem metodológica actual

A realidade social, política e científica da década de 80 demonstrou a necessidade de realizar abordagens integradas no tratamento da psicose. Na actualidade, todos os investigadores e clínicos estão de acordo que o tratamento farmacológico é necessário porém insuficiente para a intervenção na psicose, surgindo neste contexto a crescente motivação pelas abordagens psicossociais, nas quais se incluem os programas psicoeducacionais (Sevillano, 2007).

A psicoeducação tem então como fundamento terapêutico capacitar os pacientes com psicose de um enfoque teórico e prático para compreender e lidar com as consequências da doença, para transformar "a" doença na doença "deles" o que basicamente significa tentar entender a relação complexa entre sintomas, personalidade, ambiente interpessoal, efeitos colaterais da medicação e ao mesmo tempo responsabilizá-los (sem nunca os tornar

culpad) em relação à sua doença e ao seu tratamento, permitindo que colaborem activamente com o médico em alguns aspectos da terapêutica.

Por esta razão, um programa psicoeducativo para pacientes psicóticos deve incluir pelo menos os seguintes doze pontos: informação sobre os altos índices de recorrência associados à doença e à sua condição crónica; informação sobre os sintomas de alerta de recaída e um treino pessoal para auxiliar os pacientes a identificarem os seus próprios factores; informação sobre os agentes psicofarmacológicos, as suas vantagens e seus potenciais efeitos secundários; treino na detecção precoce dos sintomas prodrómicos; composição de um "plano de emergência"; treino sobre a gestão dos sintomas; informação sobre os riscos associados ao uso de drogas ilícitas, café e álcool; ênfase sobre a importância de rotinas de manutenção, especialmente hábitos de sono; promoção de hábitos saudáveis; treino na gestão de stress; informação concreta sobre alguns assuntos, como a gravidez e o risco de suicídio; e o lidar com o estigma e outros problemas sociais relacionados com a doença, que os pacientes psicóticos não podem discutir facilmente com seus amigos "saudáveis" (Bateman & Fonagy, 2006).

Neste sentido, a perda do estigma e a melhoria do insight sobre a doença são essenciais para realizar com êxito um programa psicoeducativo, dado que muitos pacientes, em geral, partilham de alguns mitos terríveis sobre sua doença que podem levá-los à negação do diagnóstico e à não adesão do tratamento. Desta forma, entender a negação e aprender as causas biológicas da doença constituem uma parte essencial das primeiras sessões (Bateman & Fonagy, 2006).

Outro dos conteúdos principais da psicoeducação diz respeito à melhoria na adesão ao tratamento, por norma muito deficitária nos pacientes psicóticos, mesmo quando eutímicos. Colom e colaboradores (2004) sugerem a abordagem deste tema praticamente em metade das sessões. Isso pode ser visto como excessivo por alguns profissionais oriundos de outros paradigmas em psiquiatria, no entanto, a verdade é que a baixa adesão tem geralmente muito a ver com falta de informação e ignorância, como demonstrado pelos resultados da pesquisa BEAM (Morselli & Elgie, 2002). Este estudo, realizado pelo fórum de advocacia GAMIAN, inquiriu sobre as principais preocupações dos pacientes em relação a tomar a medicação prescrita. As razões mais frequentemente citadas foram "sentir-se dependente", "sentir que tomar a medicação é uma escravidão", "sentir medo", "preocupação sobre os efeitos colaterais de longo prazo" e "sentir vergonha" (Morselli & Elgie, 2002). Este dado é extremamente relevante uma vez que todas estas razões têm a ver com a falta de informação,

ao passo que outras razões tradicionalmente consideradas pelos psiquiatras como efeitos colaterais foram citadas por menos de 5% dos pacientes (Morselli & Elgie, 2002).

A detecção precoce dos potenciais sintomas prodrômicos é outra questão importante inerente aos programas psicoeducativos. Os estudos têm demonstrado que os pacientes inscritos nos programas psicoeducativos aprendem a identificar facilmente sinais comuns de recaídas psicóticas, o que constitui o primeiro passo para a detecção precoce (Morselli & Elgie, 2002). Embora ainda não se possa assegurar que cada conteúdo seja indispensável por si só para o sucesso da psicoeducação, como recurso terapêutico em pacientes com psicose, a literatura científica aponta para a relevância da combinação dos conteúdos programáticos que suportam o modelo psicoeducativo, demonstrando bons resultados profiláticos em pacientes psicóticos (Morselli & Elgie, 2002).

Entre as várias estratégias psicoeducativas que se podem utilizar para construir um plano individual de reabilitação do paciente, com incidência específica na psicoeducação, tomamos como ponto de referência a utilização das novas tecnologias da comunicação aplicadas no âmbito das doenças mentais e cujos resultados mostram alguma evidência para a sua aplicação, devido ao nível de interactividade, motivação e facilidade de generalização da aprendizagem para os contextos vivenciais de cada sujeito. Podemos deste modo enumerar vários recursos que assumem esta prática metodológica (e que servirão de fundamento à natureza do programa que iremos apresentar) e utilizam a realidade virtual como ferramenta terapêutica como é o caso do programa Háblame (Baños & Botella, 2003), um programa aplicado de Telepsicologia, que apresenta como funcionalidades a reabilitação do indivíduo nas suas habilidades sociais.

Um outro programa, o Juego Patológico, (Belloch & Perpiñá, 1991) desenvolvido pelo Centro Clínico de Psicología Previ, um centro associado à Universidad Jaume I e à Universidad Politécnica de Valencia, apresenta-se como um software administrado pelo terapeuta durante o período de reabilitação do paciente destinado a facilitar vários e determinados estímulos que possibilitam a prevenção de recaídas.

Neste quadro demonstrativo de recursos associados à terapia psicoeducativa de reabilitação mental através da aplicação da realidade virtual, emerge como instrumento inovador um programa denominado Gradior, que demonstra possuir um vasto território de aplicação no que concerne à reabilitação das patologias mentais (Martín & Aguado, 2002). Trata-se de uma ferramenta com grandes possibilidades para a intervenção clínica no âmbito da Saúde Mental, apta para um importante número de utentes, adaptando-se às suas necessidades concretas e específicas. Incorpora um sistema telemático com um grande

número de exercícios disponíveis e constantemente actualizados, que permite realizar um programa de reabilitação sem a intervenção diária do terapeuta, sendo que a sua utilidade reside no facto de promover a reabilitação da disfunção cognitiva e a recuperação das funções mentais superiores (Martín & Aguado, 2002).

Relativamente ao contexto português pudemos verificar que o nível de implementação actual desta tipologia de terapia no decurso do tratamento dos pacientes psicóticos é extremamente residual (Gonçalves-Pereira et al., 2006). Podemos sinalizar um programa de intervenção, o "Psychoedutaining", como estudo multicêntrico, realizado entre 2003 e 2007, aplicado em pacientes diagnosticados com psicose e que foi desenvolvido numa parceria científica que incluiu vários países europeus, entre os quais Portugal, participação assegurada por uma equipa da Faculdade de Ciências Médicas, juntamente com os Hospitais Fernando da Fonseca, Miguel Bombarda e de Nossa Senhora do Rosário. A conclusão final revelou que existe apenas uma minoria de equipas multidisciplinares nos centros hospitalares psiquiátricos que desenvolvem trabalho estruturado envolvendo a aplicação desta tipologia de terapia em doentes mentais graves (Gonçalves-Pereira, et al., 2006).

De modo a fundamentar a abordagem psicoeducativa, apresentaremos de seguida, as evidências científicas deste modelo.

2.3. Evidências do modelo Psicoeducativo

A psicoeducação apresenta-se como um instrumento de trabalho cujas mais-valias observadas em recentes aplicações patológicas indicam, ao que parece, que esta metodologia de reabilitação comporta uma taxa de sucesso elevada.

Dos estudos realizados, encontramos eficácia nos programas de psicoeducação que incidem na intervenção de competências específicas, tais como, treino de competências sociais e (Pfammater et al., 2006) e prevenção de recaídas e readmissões (Lincoln, Wilhelm & Nestoriuc, 2007). Pekkala e Merinder (2004) efectuaram uma revisão sistemática dos programas de psicoeducação tendo concluído que pode ter um impacto positivo no aumento do insight quanto à patologia, adesão à medicação e nível de funcionamento psicossocial. Outro estudo revelou ainda que a intervenção em grupo permite, devido à partilha de experiências, a desmitificação da doença e a diminuição do estigma associado e incita os indivíduos e familiares a procurar ajuda junto dos técnicos sempre que necessário, promovendo consequentemente a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (Pratt et al., 2005).

Os últimos cinco anos representam um avanço significativo para uma fase de consolidação de enfoques bem testados e a maioria dos estudos indica a alta eficácia de programas para a prevenção de recaídas com base na psicoeducação (Colom et al., 2004).

Os estudos pioneiros na área foram realizados, nos EUA, por Peet e Harvey, em 1991, e relataram algumas mudanças nas atitudes dos pacientes em relação ao lítio. Na Europa, os estudos de Eduard van Gent devem ser também mencionados, pois mostraram uma significativa diminuição no comportamento de não-adesão ao tratamento e nos internamentos entre os pacientes que participaram em programas psicoeducativos (Van Gent, 2000).

O grupo de Richard Morriss, na Grã-Bretanha, realizou o que pode ser facilmente descrito como o primeiro estudo controlado aleatório, bem desenhado para investigar as estratégias psicológicas para prevenir recaídas em perturbações psicóticas. Morriss e colaboradores seleccionaram aleatoriamente 69 pacientes psicóticos, que tinham sofrido uma recaída nos 12 meses prévios, com o objectivo de analisar a melhoria da identificação precoce de sinais de alerta e a procura de tratamento imediato junto aos seus técnicos de saúde mental. No final do acompanhamento, o grupo que foi treinado especificamente para a identificação precoce das recaídas mostrou um aumento significativo no tempo para a primeira recaída maníaca (65 semanas versus 17 semanas; $p=0,008$), bem como uma diminuição em 30% no número de episódios maníacos ao longo de 18 meses ($p=0,013$), mas não foram observadas alterações em termos do tempo para a primeira recaída depressiva e no número de recaídas depressivas (Morriss, Lees & Wood, 1999; Morriss, 2007).

O Programa de Transtornos Bipolares de Barcelona demonstrou a eficácia da psicoeducação em grupo na prevenção de todos os tipos de episódios psicóticos, maníacos ou hipomaníacos, mistos e depressivos e no aumento do tempo até à recaída num follow-up de dois anos (Colom et al, 2003).

Há também boa evidência da eficácia de uma intervenção familiar focalizada na psicoeducação proveniente dos estudos realizados pelo grupo do Colorado, orientado por Simoneau e colaboradores, nos EUA. Estes realizaram um estudo randomizado com 101 pacientes psicóticos que foram estabilizados através de terapia farmacológica de manutenção e foram randomizados para receber ou 21 sessões de tratamento focalizado na família baseadas no manual ou duas sessões de educação familiar e gestão da crise no acompanhamento. Ambos os tratamentos foram realizados durante um período de nove meses. Após um acompanhamento de dois anos, os pacientes submetidos a um tratamento psicossocial mais longo tiveram menos recaídas, apresentaram um período de tempo até à

recaída mais longo e índices significativamente menores de não-adesão ao tratamento em comparação com os pacientes submetidos à intervenção mais curta. Desta forma, é notável o grande benefício que os profissionais podem esperar do uso de um enfoque integral, especialmente ao combiná-lo a outras terapias individuais (Simoneau et al., 2003).

Uma revisão sistemática realizada em 2000, permitiu verificar que as abordagens psicoeducacionais diminuem significativamente as recaídas e os ratios de internamento entre nove a dezoito meses de follow-up quando comparados com os tratamentos convencionais, tendo portanto, um efeito positivo no bem-estar da pessoa. Assim, são consideradas abordagens úteis como parte integrante do plano terapêutico da pessoa com psicose (Pekkala & Merinder, 2000, cit. in Ehmann, 2004).

Durante a década de 1990, os modelos de programas psicoeducacionais para primeiros surtos psicóticos começaram a ser desenvolvidos por todo o Mundo, principalmente na Austrália, Nova Zelândia, Europa, Estados Unidos e Canada (Neufeld, 2007). Em Birmingham (1995) desenvolveu-se o Birmingham Early Intervention Service (EIS) que providencia tratamento e rede de suporte aos jovens dessa cidade, durante os primeiros três anos após o primeiro surto psicótico (Neufeld, 2007).

Em Melbourne (1992), criou-se o The Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) com o intuito de corresponder às necessidades dos jovens (15-24 anos) com perturbações psicóticas na região oeste e noroeste desta região, através de uma abordagem humanista. O centro providencia um follow-up durante dezoito meses. Num estudo realizado por McGorry e colaboradores (1993), foi possível constatar que após um ano de intervenção neste centro, os clientes apresentavam diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente, um menor número de internamentos hospitalares, menor tempo de permanência no hospital, baixos níveis de sintomas negativos, menor dose média de medicamentos antipsicóticos e os escores mais elevados relativamente às medidas da qualidade de vida. Como conclusão final, puderam verificar que a adesão ao tratamento e a intervenção no período inicial da psicose conduz a melhores resultados (Neufeld, 2007).

Em New South Wales, o projecto SAFE serve uma população rural de 182.000, centrando-se sobre a formação dos respectivos médicos de cada criança, adolescente e adulto da equipa de saúde mental, cuja supervisão é realizada por visitas ao local e/ou por teleconferência. Com o apoio da equipa do projecto conseguiram desenvolver um processo de integração que objectiva a formação dos profissionais de saúde mental, conselheiros escolares e médicos de família (Neufeld, 2007).

Na Nova Zelândia, existe o Totara House que é um serviço especializado multidisciplinar para jovens com idades entre os dezoito e os trinta anos. O tratamento é realizado no contexto domiciliário através de: gestão de processo, programas de grupo; trabalho familiar; intervenção médica; entrada multi-disciplinar e os serviços psicológicos (Neufeld, 2007).

Em Manhattan, existe o COPE que é co-gerido pela Universidade de Columbia Department of Psychiatry and the New York State Psychiatric Institute. Este é um programa de investigação clínica para os jovens (com idades entre os doze e os vinte e cinco anos) que estão em risco elevado de psicose. O COPE oferece os seguintes serviços: avaliação clínica e consulta, psicoterapia individual, grupos de apoio e social, apoio familiar e da educação, avaliação de medicação e tratamento para reduzir os sintomas (Neufeld, 2007).

Em Calgary, desenvolveu-se o The Calgary Early Psychosis Program, um programa conjunto da Região de Saúde de Calgary e Alberta Mental Health Board, lançado em 1996. Este programa foi projectado para atender às necessidades dos jovens diagnosticados com um primeiro episódio de psicose. O Calgary Early Psychosis Program é um programa de três anos em regime de ambulatório. Os principais componentes clínicos incluem: gestão da medicação; psicoeducação individual e familiar; sessões individuais de terapia cognitivo-comportamental e dinâmicas de grupo. Consequentemente, o programa Calgary Early Psychosis tem realizado uma série de estudos de avaliação. Em geral, é avaliada a eficácia do programa em muitas dimensões de resultados, incluindo dependências, qualidade de vida, estresse familiar, sintomas e recaídas. Os resultados permitiram verificar: uma redução no uso de medicação; melhoria significativa na qualidade de vida; redução do estresse familiar e os encargos e melhoria nos sintomas positivos nos primeiros três meses (Addington & Leriger, 2003, cit. in Neufeld, 2007).

Em Londres, existe o programa PEPP, desenvolvido em 1997, que é operacionalizado em conjunto pelo Centro de Ciências de Saúde de Londres e pela Universidade de Western Ontário. Os serviços são predominantemente ambulatoriais, existindo um serviço de internamento para 16 pessoas provenientes da Unidade de Saúde do Centro de Ciências Londres. Os principais componentes clínicos incluem: estabelecimento da aliança terapêutica, consultas de psiquiatria, gestão farmacológica, psicoeducação para o paciente e a família; terapia cognitivo-comportamental e dinâmicas de grupo. Os resultados dos estudos realizados por este centro, permitiram concluir numa amostra representativa de pacientes epidemiologicamente com primeiro episódio de psicose, que quando tratados de forma optimizada com baixas doses de antipsicóticos e com específicas intervenções

psicológicas, os pacientes mostram uma alta taxa de recuperação clínica e tornam-se capazes de permanecer na comunidade por um período de tempo maior. A fase de intervenção específica, desde logo após o início de um primeiro episódio de psicose, é susceptível de gerar uma visão mais esperançosa (Neufeld, 2007).

Em Hamilton, fundou-se em 1990 uma clínica para perturbações psicóticas com o objectivo de atender clientes com idades entre os 16 e os 65 anos, em qualquer fase da doença. O programa é adaptado às necessidades individuais dos clientes em cada fase, incluindo a psicose inicial. Os principais componentes clínicos incluem: avaliação global; psicoeducação e apoio individual; psicoeducação e apoio familiar; acordos de tratamento negociado; low-dose (incremento lento de medicamentos antipsicóticos); apoio à reintegração (reabilitação); e cuidados compartilhados com os médicos de família. Os estudos realizados demonstraram melhorias significativas a nível dos sintomas psiquiátricos, do funcionamento global, do número médio de dias no hospital e do número de recaídas. Assim, a equipe de Hamilton concluiu que é viável para pequenos serviços ambulatoriais a criação de estratégias de intervenção precoce para se obter bons resultados entre os pacientes com primeiro surto psicótico (Archie et al., 2005 cit. in Neufeld, 2007).

Na Nova Escócia (1995) desenvolveu-se um programa em parceria entre o Hospital de Nova Escócia e o Departamento de Psiquiatria da Dalhousie University. Este serviço oferece avaliação e serviços ambulatoriais para uma população de 900.000, sendo que, os componentes de tratamento incluem: terapia antipsicótica, psicoeducação, aconselhamento e apoio a actividades de formação profissional e educacional. O programa também oferece um período de oito semanas multi-grupo familiar e grupo de apoio permanente da família. No serviço também funciona um programa de mentores na intervenção precoce para profissionais de saúde mental (Neufeld, 2007).

Em MonteReal, foi fundado em 1997, o Early Psychosis Intervention Clinic (EPIC) que atende clientes com idades entre 17 e os 30 anos. O programa é co-patrocinado pela McGill University Health Centre, Royal Victoria Hospital e pelo Allan Memorial Institute. Os seus componentes clínicos incluem: estabelecer uma aliança terapêutica; gestão médica e farmacológica; programas psicoeducacionais à família; terapia cognitiva individual, terapia de suporte individual, grupos de terapia ocupacional; de base comunitária de redes de suporte (Neufeld, 2007).

Existe ainda em Ontario, o Prevention Through Risk Identification, Management and Education (PRIME) que prevê a identificação precoce e o tratamento de pessoas com idades entre os 14 e os 30 anos, e que estão em risco de desenvolver psicose. Os serviços incluem:

extensas avaliações iniciais; contínuo acompanhamento após avaliações realizadas pela equipa médica; realização de uma série de avaliações que incluem exames de sangue, exames neurológicos e físicos, consulta psiquiátrica, gestão psiquiátrica e, se necessário, psicoterapia e encaminhamentos para serviços que possam ser adequados (Neufeld, 2007).

Hornung e colaboradores (2000) examinaram os efeitos terapêuticos de um combinado de intervenção psicoeducacional num grupo de indivíduos com psicose esquizofrénica (121 utentes) com idades entre os 16 e os 47 anos, que participaram de um estudo piloto de terapia de grupo compreendendo 12 sessões de treino psicoeducacional, 6 sessões de treino de habilidades sociais e treino cognitivo. Os resultados mostraram uma redução significativa dos sintomas psicopatológicos, uma melhoria relativamente às convicções formadas sobre o tratamento, assim como uma redução na percepção subjectiva de problemas de todos os 121 participantes. Um outro estudo destes investigadores, com o objectivo de testar a eficácia de um programa psicoeducacional num grupo de 191 pacientes esquizofrénicos com média de idade de 31,9 anos, permitiu constatar que, no final do programa psicoeducacional, os pacientes que participaram regularmente apresentavam uma melhor aderência aos medicamentos e melhor auto-gestão da medicação (Hornung, et al., 1996).

Um estudo de Reichhart e colaboradores (2010) tinha como objectivo detectar diferenças entre os sexos nos pacientes e cuidadores em relação ao conhecimento sobre a psicose esquizofrénica e as atitudes em relação aos medicamentos. Os dados conjuntos de um grupo de controlo e de um grupo de psicoeducação foram avaliados no início, após-intervenção e 12 meses após a alta, relativamente ao conhecimento sobre a patologia, a atitude perante as drogas e a confiança na medicação. Os resultados relativos aos conhecimentos sobre a doença, revelam que não parece existir diferenças significativas entre ambos os sexos, portanto, o sexo não era um importante predictor do conhecimento de base ou ganho de conhecimento. Porém, no que diz respeito à melhoria da atitude perante drogas, as mulheres parecem beneficiar significativamente mais, da abordagem psicoeducativa.

Hayashi e colaboradores (2001) realizaram um ensaio clínico randomizado conduzido num serviço para pacientes agudos, para testar os efeitos de uma intervenção baseada em entrevistas individuais, com o objectivo de melhorar as atitudes dos pacientes em relação à sua situação psiquiátrica, à compreensão da doença e ao seu tratamento. Cinquenta pessoas com psicose esquizofrénica do sexo masculino foram colocadas em dois grupos: sessões semanais, acrescido de tratamento hospitalar de rotina ou apenas, tratamento hospitalar de rotina. A avaliação foi realizada duas vezes: antes e após um período máximo

de 8 semanas de intervenção, para medir as atitudes dos pacientes em relação à sua situação psicológica do tratamento, sendo igualmente realizada uma avaliação da sintomatologia psicótica. Foi encontrado um efeito positivo modesto mas significativo da intervenção sobre um domínio na atitude do paciente: o reconhecimento da necessidade de tratamento. Este estudo corrobora a eficácia do tratamento psicológico sobre a atitude do paciente e indica alguns factores relacionados ao seu desenvolvimento.

Baulm e colaboradores (2006), num estudo que realizaram, quiseram avaliar se os grupos psicoeducacionais para pacientes com transtornos esquizofrénicos e suas famílias podem reduzir as taxas de internamentos e melhorar a aderência. Para isso, 236 pacientes com psicose esquizofrénica ou perturbação esquizoafetivo que tenham tido contacto regular com pelo menos 1 parente ou outra pessoa-chave foram divididos aleatoriamente em uma das duas condições de tratamento. Na condição de intervenção, os pacientes e seus parentes foram incentivados a participar em grupos psicoeducacionais durante um período de 4 a 5 meses. Os pacientes e os familiares estavam separados e cada programa consistiu de 8 sessões. Os pacientes na condição de outros tratamentos receberam cuidados de rotina. Os resultados foram comparados ao longo de 12 meses e 24 meses de seguimento, tendo sido possível observar uma redução significativa na taxa de internamentos após 12 e 24 meses, em pacientes que receberam psicoeducação em comparação com aqueles que recebem cuidados de rotina. Este mesmo grupo mostrou melhor aderência do que os pacientes sob cuidados de rotina, o que sugere que uma intervenção relativamente breve de oito sessões psicoeducacionais com o envolvimento sistemático da família em grupos simultâneos pode melhorar consideravelmente o tratamento da psicose.

Foi ainda realizado um outro estudo, que analisou os efeitos a longo prazo da psicoeducação durante um período de 7 anos, em relação às taxas de hospitalização e dias de internamento. Dos 101 pacientes diagnosticados com psicose esquizofrénica e alocados aleatoriamente ou no grupo de intervenção ou no grupo de controlo, entre 1990 e 1994, 48 pacientes estavam disponíveis para o seguimento após 7 anos. Destes, os 24 pacientes do grupo de intervenção, receberam uma terapia diferente da dos seus familiares, enquanto os 24 pacientes do grupo controlo, receberam apenas o tratamento habitual. Após a intervenção psicoeducacional, todos os 48 pacientes receberam um tratamento ambulatorio comparável. Sete anos após a intervenção psicoeducacional, efeitos significativos sobre o curso a longo-prazo da doença puderam ser encontrados (Baulm, et al, 2007).

Lukens e McFarlane (2004) citam uma série de estudos que indicam que as intervenções psicoeducativas estão associadas com resultados positivos, incluindo

diminuição nos sintomas associados à patologia, especialmente, a ansiedade e a depressão; menor tempo entre os episódios agudos de doença; melhoria da qualidade de vida e auto-estima, do conhecimento acerca dos recursos comunitários; melhoria do clima familiar / matrimonial; e aumento na adesão e satisfação geral com a medicação e tratamento. Neste sentido, os investigadores sugerem que a integração da psicoeducação no plano terapêutico para a psicose, deve tornar-se obrigatória (Cartwright, 2007).

Relativamente às abordagens psicoeducacionais na família, as pesquisas mostram que estas intervenções nos primeiros surtos psicóticos ajudam a reduzir o nível de stress e carga emocional na família, assim como também ajudam a reduzir as recaídas e internamentos hospitalares e a melhorar a aderência ao tratamento por parte da pessoa com psicose (Fadden, 1998).

Estas intervenções realizadas sob diferentes modelos, permitem às famílias partilhar preocupações, encorajam discussões construtivas e promovem oportunidades de partilha de experiências e dúvidas num contexto de segurança (Gleeson, Larsen & McGorry, 2003).

A Psicoeducação familiar tem um efeito bem documentado sobre o prognóstico de curto prazo da psicose. Um estudo randomizado da eficácia de um programa de oito sessões psicoeducacionais para pacientes com psicose e seus familiares foi realizado em dois centros comunitários de saúde mental, em Arhus e Aarhus (Dinamarca). Os resultados após a intervenção e os resultados após um acompanhamento de avaliação de 1 ano após o início da intervenção, permitiram verificar um aumento estatisticamente significativo no conhecimento da patologia em ambos os familiares e pacientes, assim como, mudanças estatisticamente significativas relativamente ao relacionamento familiar (Merinder et al., 1999).

Foi realizado um estudo multicêntrico, randomizado pelo projecto Psicose-Informação-Projeto (PIP), no qual um subgrupo de pacientes esquizofrénicos e suas famílias participaram de um período de oito sessões de intervenção psicoeducacional, seguido de um tratamento num centro de reabilitação deste projecto. O curso da doença em 88 pacientes atendidos no ambulatório da Universidade Técnica de Munique foi estudado durante quatro anos, tendo-se verificado, após este período, que 60% dos pacientes continuaram o tratamento ambulatório, enquanto 40% perderam o contacto com o ambulatório (Basan, Pitschel-Walz & Baulm, 2000). Verificou-se ainda que, embora não houvesse diferença significativa entre a taxa de recaída dos pacientes que interromperam o tratamento (66%) e aqueles que continuaram o tratamento a longo prazo (53%), havia diferenças no grupo de pacientes que interrompeu o tratamento em comparação com o grupo dos pacientes que

mantiveram o tratamento em ambulatório, relativamente aos dias de internamento, sendo que os utentes que interromperam o tratamento, apresentavam o dobro dos dias de internamento. Em suma, a adaptação social e a melhoria da qualidade de vida destes pacientes, juntamente com a redução de 50% dos dias de readmissão, demonstram o impacto da intervenção neste estudo.

Mullen e colaboradores (2002) verificaram no seu estudo, aumento na compreensão e conhecimento acerca da doença e na forma de lidar e de a perceber, assim como, maior conhecimento sobre os serviços de saúde mental e seu funcionamento. De forma geral, os familiares demonstraram elevado grau de satisfação para com as abordagens psicoeducativas (Cartwright, 2007). Estes investigadores enfatizam a importância da abordagem psicoeducativa familiar no primeiro surto psicótico, dada a média de idades dos pacientes (16-25 anos), que faz com que o funcionamento familiar seja mais facilmente afectado. Sendo este um período em que o jovem está numa transição entre a adolescência e a idade adulta e a desenvolver a sua identidade e papel na sociedade, é crucial envolver a família de forma a facilitar o que já é por norma, um período de grande mudança e incerteza.

Nos últimos anos, as abordagens psicoeducacionais expandiram-se para o domínio da Internet. Foi verificado que o computador baseado no sistema de apoio à saúde do paciente é uma ferramenta promissora no processo de reabilitação dos pacientes psicóticos (MacDonald, et al., 2004).

As vantagens na utilização do B-learning são: promoção de interactividade e flexibilidade no acesso à informação, promoção da comunicação e colaboração entre os utilizadores (American Society for Training and Development, 2002, cit in MacDonald, 2004; Khan, 1997 cit in MacDonald, 2004; Mann, 2000 cit in MacDonald, 2004) e, entre os utilizadores e os profissionais de saúde através da partilha de experiências pessoais durante as discussões de grupo ou os fóruns, servir como rede de apoio e como ferramenta de aconselhamento. Permite igualmente aos pacientes aceder à informação quando e onde quiserem, através de um treino individual e personalizado, uma vez que as sessões educacionais são adaptativas e pessoais, permite um acesso ilimitado à informação com um baixo custo, promove o empowerment pois o utilizador pode controlar o seu processo de aprendizagem e avançar ao seu próprio ritmo e consequentemente promove o sentido de auto-eficácia que, segundo Bandura, permite alterações comportamentais e permite ao paciente, como indivíduo e seus familiares, saber e aprender as causas das recaídas e estratégias para as controlar e prevenir as recaídas (Colledge, Car & Majeed, 2008; Gould, 2008; Jacobs et al., 2001).

Um estudo examinou os efeitos de formação assistida por computador usando um software motivacional que evoca emoções positivas nos pacientes que sofrem de psicose esquizofrénica. Neste estudo, incluíram-se quarenta pacientes, dos quais vinte receberam treino cognitivo e vinte frequentaram sessões de terapia ocupacional, que foram avaliados quer antes quer depois do tratamento, com uma bateria de testes neuropsicológicos que mede as funções executivas, atenção e memória verbal. Os resultados permitiram observar um aumento nos efeitos ao nível do funcionamento executivo e memória verbal e, ao mesmo tempo, alterações sobre os níveis dos sintomas positivos e negativos, permitindo concluir que a realização cognitiva de pacientes com psicose esquizofrénica pode ser melhorada através do treino cognitivo computacional. Este treino tem um efeito motivador para os utentes com psicose, permitindo um melhor funcionamento cognitivo (Wolfgang et al., 2008).

A eficácia desta abordagem foi igualmente avaliada em 10 pacientes com psicose esquizofrénica ou perturbação esquizoafectiva, que receberam sessões de vinte a trinta minutos, durante um intervalo de dois a quatro meses. Os temas seleccionados eram de interesse comum, nomeadamente, plano de tratamento e seus objectivos, o funcionamento actual do paciente, as questões de medicamentos, identificação dos membros da equipe de tratamento e de seus papéis e os motivos dos internamentos. Os resultados demonstraram que a técnica pode ajudar a compensar o défice de processamento verbal e a memória de trabalho e de atenção, que pode interferir com a comunicação. A representação visual de palavras faladas, exibida ao digitar a conversa entre paciente e terapeuta no ecrã do computador, permitiu compensar os défices de processamento auditivo e de linguagem e melhorar a comunicação (Moihuddin, 2002).

Um outro estudo realizado por Moihuddin e colaboradores, em pacientes com psicose esquizofrénica com idades compreendidas entre os 42 e os 52 anos, permitiu concluir que o computador pode facilitar a comunicação por compensar défices no processamento auditivo, processamento de informação, atenção e memória frequentemente encontrados entre os pacientes com esta patologia (Moihuddin, et al., 1997).

Um outro estudo onde os participantes eram incentivados a escrever uma história usando o software *Storybook Weaver*, indicou que os participantes, em média, definiram a actividade computacional como prazerosa, por causa da sua sofisticação e facilidade de utilização. Todos os participantes mostraram um alto nível de concentração e a maioria demonstrou uma taxa de frequência alta. A maioria dos participantes demonstrou-se muito motivados em continuar as sessões de computador, demonstrando um significativo grau de

interesse na atividade. Todos os participantes foram capazes de integrar os estímulos visuais e auditivos e foram capazes de compreender as técnicas necessárias para escrever histórias sobre o computador. No entanto, enquanto alguns participantes estavam mais interessados na criação de histórias coerentes, outros estavam mais interessados em explorar o programa de computador. Os resultados indicaram também que a auto-estima dos participantes foi positivamente afectada. Como conclusão final, este estudo sugere que o software de computador utilizado foi amplamente aceite pelos participantes e afectou positivamente as suas competências cognitivas e emocionais (Dowla, 1997).

Em jeito de síntese, o B-learning adaptado à psicoeducação, apresenta-se como uma ferramenta terapêutica cujos benefícios representam uma mais-valia para o tratamento da psicose em adolescentes e cujas potencialidades são de largo espectro enquanto metodologia a utilizar no âmbito da psicoeducação que requer o recurso à utilização de instrumentos de trabalho flexíveis e adaptáveis quer às necessidades individuais de cada caso reportado neste domínio das doenças, quer ao nível de desempenho e alternativas a oferecer no conjunto de técnicas pelo terapeuta. Estes factos radicam o nosso objectivo inicial, no propósito de oferecer um contributo válido e fiável para a reabilitação dos indivíduos adolescentes diagnosticados com psicose, bem como permitem uma futura revisão e permanente adaptação do mesmo para fazer face às exigências futuras no domínio do tratamento das doenças mentais de modo global (Colledge, Car & Majeed, 2008; Gould, 2008; Jacobs et al., 2001).

Outra das questões fulcrais relativamente à psicoeducação diz respeito aos ratios de hospitalização e custos hospitalares (Svanum, Rochford & Claveaux, 2001). Baseados nestes factos, os autores estimaram quanto se poderia poupar em termos de custos hospitalares. Assim, estipulando-se que seria possível triplicar a percentagem (de 20% para 60%) de doentes com psicose que participam em programas de psicoeducação, seria possível poupar-se treze dias de hospitalização para cerca de 48 000 indivíduos, obtendo-se um total de 600 000 dias de hospitalização. Se se estabelecer um gasto diário de 250 € por hospitalização, mais de 150 milhões de euros seriam poupados (Pratt et al., 2005). Além disso, as intervenções psicoeducacionais são também particularmente atractivas por serem pouco dispendiosas e facilmente aplicáveis (Pekkala & Merinder, 2000).

Em jeito de síntese e face a todas estas evidências, considera-se que a psicoeducação é uma estratégia a considerar no tratamento do utente, de forma a oferecer-se ao indivíduo com doença mental e aos seus familiares, a oportunidade de receberem a informação

necessária acerca da doença para assim se poder evitar reingressos que provocam desgaste físico/psíquico e emocional quer ao doente quer aos familiares.

O nosso plano de investigação tem como propósito analisar a perspectiva dos diferentes intervenientes (técnicos e utentes) sobre os princípios que devem orientar a operacionalização dos programas psicoeducativos, visando a construção de um programa psicoeducativo que permita o acesso à informação de forma organizada e ajustada às necessidades, motivações e características das pessoas com doença mental, acerca dos aspectos relacionados com a sua perturbação, nomeadamente os sintomas característicos, tipos de tratamento e sua eficácia, caracterização do curso natural da doença e processo de recuperação.

CAPÍTULO II

ESTUDO EMPÍRICO

Iremos descrever a metodologia utilizada no âmbito do estudo empírico efectuado, para em seguida apresentarmos e discutirmos os resultados obtidos.

1. Metodologia

A delimitação teórica do nosso objecto de estudo é produto de uma constante (re)elaboração, resultante das diferentes fases da pesquisa, sobretudo, à medida que íamos aumentando o nosso conhecimento e reflectíamos sobre a problemática em questão.

Como referimos no capítulo anterior, vários estudos referenciam a Psicoeducação como uma intervenção didacta-psicoterapêutica sistemática que promove melhorias significativas no desempenho social e funcional do indivíduo e, consequentemente melhorias na qualidade de vida dos indivíduos com doença mental, o que suscitou o nosso interesse pelo facto de trabalharmos num hospital psiquiátrico onde temos oportunidade de contactar directamente com pessoas com doença mental, nomeadamente com Psicose, com as suas famílias e comunidade envolvente, permitindo-nos assim ter contacto com as reais necessidades destas pessoas, o que nos leva a procurar respostas para estas questões.

Desta forma, o trabalho tinha inicialmente como objectivo a elaboração, implementação e avaliação de um programa psicoeducativo num grupo de pessoas com primeiro surto psicótico. Porém, a definição do objectivo do nosso estudo sofreu a influência dos constrangimentos temporais impostos pela necessidade de cumprir com rigor com um programa global de acções bastante extensas e complexas enquadradas em prazos académicos apertados e principalmente pela necessidade e opção por nós assumida de abranger dentro do possível a totalidade do universo desta problemática. Assim, o projecto inicial foi ambicioso para os prazos académicos estipulados e, como tal, neste trabalho daremos conta apenas da primeira parte da nossa investigação, ou seja, pretendemos identificar os princípios que devem orientar a operacionalização dos programas psicoeducativos, na perspectiva dos diferentes intervenientes nos programas de reabilitação (técnicos e utentes), visando a construção de um programa psicoeducativo que permita o acesso à informação de forma organizada e ajustada às necessidades, motivações e características das pessoas com psicose. Para esta concepção, foi necessário a sistematização do conhecimento teórico e a recolha de dados empíricos relativos à opinião dos implicados neste domínio. Assim, inquirimos técnicos e doentes, e o estudo empírico que iremos apresentar, consiste numa descrição da percepção dos inquiridos acerca desta problemática. Esta percepção traduz então as expectativas e opiniões dos técnicos e utentes de Saúde Mental, permitindo-nos apurar quais as informações mais relevantes a ter em conta na

estruturação de um programa psicoeducativo para indivíduos com primeiro surto psicótico. O nosso objectivo consistiu então em conhecer a perspectiva que técnicos e utentes têm sobre programas psicoeducativos, para em seguida apresentarmos uma proposta de programa. Sendo um estudo de tipo exploratório, e não sendo a componente principal da investigação inicialmente projectado, levantamos as seguintes questões de investigação: como será que os técnicos e utentes integrados em programas de reabilitação perspectivam os programas de psicoeducação? Qual será a percepção destes relativamente a programas de psicoeducação que recorram ao uso de meios computacionais?

1.1. Instrumentos

Num processo de investigação, a selecção dos métodos e técnicas de recolha de dados obedece sempre a imperativos colocados pelo tipo de informação que queremos recolher e pelas características da população. No nosso caso e no que diz respeito a esta parte do estudo, a margem de manobra que possuímos para a definição da nossa metodologia foi muito condicionado pelos prazos estipulados para a pesquisa e pela escassez de recursos, tendo por isso, a selecção dos métodos e das técnicas obedecendo aos imperativos colocados pelo tipo de informação que necessitávamos recolher.

Assim, neste estudo que se pretende descritivo (porque vamos unicamente identificar os resultados obtidos), transversal (porque recolhemos a informação num único momento quer para os técnicos quer para os utentes) e exploratório (porque não encontramos nenhum artigo que explorasse a opinião e expectativas de utentes e técnicos acerca de programas psicoeducativos), utilizamos uma metodologia mista, ou seja, quantitativa/qualitativa através da realização de um questionário de administração indirecta (auto-administração), supervisionado pelos investigadores e de um guião de entrevista aplicado pelos investigadores. Dada a natureza exploratória e singular do estudo e dada a especificidade e particularidade da informação a recolher, optamos por construir os instrumentos a utilizar na recolha da informação, com o propósito de aumentar o nosso conhecimento em relação ao fenómeno em estudo. Para isso, e pelo facto de não termos conhecimento de um instrumento validado para esta população, utilizamos a recolha bibliográfica e a análise documental, no sentido de elaborarmos um instrumento adaptado à população portuguesa.

Por conseguinte, criamos os nossos instrumentos tendo como referência a metodologia de construção de questionários e guiões de entrevistas definidas por autores como Pais Ribeiro (1999). Assim, os instrumentos utilizados cumprem critérios de adequabilidade (permite avaliar e concluir qual a percepção subjectiva dos inquiridos

relativamente a diferentes questões suscitadas pela multidimensionalidade deste nosso tema de estudo), interpretabilidade e aceitabilidade (bem recebido por parte dos inquiridos) e de utilidade para a nossa pesquisa (Pais Ribeiro, 1999).

Os nossos instrumentos são constituídos por uma primeira parte onde referenciamos formalmente o objectivo da pesquisa (que deve ser explicado aos utentes) e algumas instruções gerais que deverão ser levadas em linha de conta pelos vários entrevistadores no sentido de cumprir o critério de aceitabilidade dos entrevistados e facilitar o processo de aplicação do instrumento. Referimo-nos à importância de assegurar a confidencialidade da informação, do anonimato dos entrevistados e da veracidade das respostas. Caracterizaremos então cada um deles em função da população e dos objectivos da sua aplicação, apresentando em anexo a versão definitiva de cada instrumento.

Como estratégia de recolha de dados, optamos pela utilização de um questionário, pela facilidade de aplicação junto de uma amostra de técnicos de Saúde Mental, grupo habitualmente sobrecarregado com inquéritos, tal como acontece noutras áreas.

Construímos então um questionário (Anexo 1) composto por várias questões que abordam diferentes tópicos adaptados aos objectivos do nosso estudo, nomeadamente, caracterização demográfica (profissão, anos de serviço, idade e sexo), a própria acessibilidade e utilização do computador, os conhecimentos informáticos, a opinião acerca da Psicoeducação e suas vantagens, a adesão a programas de Psicoeducação, os aspectos facilitadores/inibidores relativos à adesão a estes programas, estágio da doença em que o programa deve ser aplicado, a exequibilidade de programas psicoeducativos no próprio local de trabalho, os conteúdos programáticos mais relevantes, o formato do programa (frequência, duração, metodologia e abordagens), vantagens na utilização do computador na sessões, opinião acerca da acessibilidade e utilização da internet pelo utente, estratégias facilitadoras ao uso da internet pelo utente e meios/formatos complementares aos programas psicoeducativos, facilitadores à adesão por parte dos utentes.

Para a amostra de utentes, optamos pela utilização de um guião de entrevista (Anexo 2) pela facilidade de aplicação e aceitação junto desta população. Construímos então um guião de entrevista composto por várias questões que abordam diferentes tópicos que vão de encontro aos objectivos do nosso estudo, nomeadamente, caracterização demográfica (idade e sexo), a importância de saber tudo sobre a doença e formas de lidar com ela, a importância de ter acesso a programas que forneçam informação sobre a doença, a adesão a estes programas, a própria acessibilidade e utilização do computador, os conhecimentos informáticos, os conteúdos programáticos mais relevantes num programa psicoeducativo, o

formato do programa (frequência e duração das sessões), os aspectos facilitadores/inibidores relativos à adesão a estes programas, a própria acessibilidade e utilização do computador, os conhecimentos informáticos e vantagens na utilização do computador nas sessões.

1.2. Procedimentos

Para procedermos à recolha de dados, optamos pelo Distrito do Porto, por ser o que conhecemos melhor. Assim, foi realizado um contacto informal a utentes utilizadores dos serviços de Saúde Mental, após o horário de frequência nestes serviços. Para isso, os utentes foram informados pessoalmente sobre o objectivo do estudo, antes de se proceder à aplicação do guião de entrevista.

O procedimento utilizado junto dos técnicos de Saúde Mental com as quais colaboramos, consistiu numa aproximação informal, seguida de uma breve explicação acerca da investigação a desenvolver e seus objectivos, solicitando a um pedido de colaboração efectuado individualmente junto de cada profissional e dando tempo para o auto-preenchimento do questionário. Verificamos que houve boa receptividade ao estudo.

Depois da recolha de dados, estes foram introduzidos numa matriz de entrada dupla e analisados através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15, permitindo a análise descritiva dos dados.

1.3. Caracterização das amostras

Patton (1990) afirma que provavelmente nada põe de melhor forma em evidência o diferencial entre métodos quantitativos e métodos qualitativos como as diferentes lógicas que estão subjacentes às técnicas de amostragem. A investigação quantitativa tem como base amostras de maiores dimensões seleccionadas aleatoriamente, enquanto a investigação qualitativa tipicamente focaliza-se em amostras relativamente pequenas, ou mesmo em casos únicos, seleccionados intencionalmente. As amostras podem ser agrupadas em amostras probabilísticas (aleatória simples, aleatória sistemática, por etapas múltiplas e por cachos) e não probabilísticas (conveniência, casos muito semelhantes ou muito diferentes, casos extremos, casos típicos, bola de neve e quotas). Relativamente à amostra deste estudo, é de tipo não probabilística, tipo utilizado segundo Patton (1990) quando a investigação é exploratória, aplicada a um grupo de indivíduos que se encontre disponível ou um grupo de voluntários. Considerando a natureza exploratória do nosso trabalho e configurando a dificuldade em obter uma amostra representativa do grupo de conveniência inquirido, pretendemos com este procedimento obter informações valiosas, embora não as utilizando

sem as devidas cautelas e reservas, dado não poderem oferecer resultados generalizáveis ao resto da população. Esta amostra pode ainda ser considerada voluntária, pois os sujeitos aceitam voluntariamente participar na investigação. Consideramos as variáveis sócio culturais dos inquiridos e respondentes, de forma a prevenir as não respostas, utilizando para esse efeito estratégias de reforço, tais como a informação da legitimidade da sua utilidade social e científica da investigação, realizada com credibilidade.

Nesta parte do trabalho pretendemos identificar os critérios e descrever o processo de constituição da nossa amostra, que como referenciaremos é constituída por dois grupos. Efectuaremos também a caracterização das duas sub-amostras, Assim, em primeiro lugar caracterizaremos as pessoas com doença mental e seguidamente os profissionais de saúde mental as pessoas com doença mental.

No que se refere aos utentes, relativamente à idade (Quadro 1), regista-se uma média de 38 anos. Esta situação, pensamos que se deva fundamentalmente ao tipo e dimensão da histórica do serviço de proveniência dos inquiridos. Sendo este, um serviço de reabilitação psicossocial, que segue a lógica da nova lei de cuidados continuados integrados em Saúde Mental que preconiza a integração comunitária, é natural que a nossa sub-amostra apresente uma média de idade relativamente jovem, por se tratar de uma sub-amostra com utentes numa fase de evolução não-residual da doença.

Quadro 1 – Distribuição dos utentes por idade

Idade	Frequência	Percentagem
23	2	17
24	1	8
31	1	8
34	1	8
38	1	8
42	2	17
44	1	8
47	1	8
49	1	8
59	1	8
Total	12	100
	Média	Desvio Padrão
	38	11,37

No que concerne aos valores de género (Quadro 2) verifica-se uma predominância do sexo masculino no universo dos utentes inquiridos, com uma percentagem de 75%, sobre o sexo feminino que apresenta um valor de 25%. Cremos que esta diferença significativa entre ambos os sexos, se prenda igualmente, à orgânica funcional do serviço a que os inquiridos pertencem. A nossa experiência profissional permite-nos afirmar que é usual ouvir-se dizer

que são os homens que mais frequentam os serviços em regime ambulatorio, possivelmente pelos papéis sociais que são atribuídos quer aos homens quer às mulheres.

Quadro 2 – Distribuição dos utentes por sexo

Sexo	Frequência	Percentagem
Feminino	3	25
Masculino	9	75
Total	12	100

No que se refere à sub-amostra relativa aos técnicos, analisando a sua categoria profissional, regista-se uma preponderância do Terapeuta Ocupacional (Quadro 3), com uma percentagem de 42% face a outras profissões relacionadas no âmbito do nosso estudo, nomeadamente, 26% são enfermeiros, 17% são psicólogos, 10% são assistentes sociais, 3% é educador social e 1% é médico psiquiatra.

Quadro 3 – Distribuição dos técnicos por profissão

Profissão	Frequência	Percentagem
Médico	1	3
Enfermeiro	8	26
Terapeuta Ocupacional	13	42
Educador Social	1	3
Assistente Social	3	10
Psicólogo	5	16
Total	31	100

Verifica-se uma percentagem média de 12 anos de serviço (Quadro 4) na amostra dos técnicos de saúde mental.

Quadro 4 – Distribuição dos técnicos por anos de serviço

Anos de Serviço	Frequência	Percentagem
2	1	3
3	1	3
4	6	19
5	4	13
6	1	3
9	1	3
10	3	10
12	2	7
13	2	7
15	2	7
20	1	3
21	1	3
22	1	3
24	2	7
27	2	7
28	1	3
Total	31	100
	Média	Desvio Padrão
	12	8,32

Relativamente à distribuição dos técnicos por idade (Quadro 5), os valores apurados correspondem a uma média de 35 anos.

Quadro 5 – Distribuição dos técnicos por idade

Idade	Frequência	Percentagem
26	7	23
27	3	10
29	2	7
30	1	3
31	2	7
32	1	3
33	3	10
34	1	3
39	1	3
40	1	3
41	1	3
43	1	3
45	3	10
46	1	3
49	1	3
51	1	3
52	1	3
Total	31	100
	Média	Desvio Padrão
	35	8,58

Conclui-se, a partir dos dados obtidos relativos à distribuição dos técnicos por sexo (Quadro 6) que o sexo feminino tem uma representação de 90% sobre o sexo masculino, o que indica uma variável importante para o domínio profissional da amostra de técnicos inquiridos na nossa investigação. A nossa experiência profissional permite-nos afirmar que esta prevalência do sexo feminino já seria de esperar, uma vez que nesta área profissional, assistimos a uma acentuada preferência por parte do sexo feminino quando em comparação com o sexo masculino.

Quadro 6 - Distribuição dos técnicos por sexo

Sexo	Frequência	Percentagem
Feminino	28	90
Masculino	3	10
Total	31	100

2. Apresentação dos resultados

Analisando os resultados obtidos juntos dos utentes, verificamos que no que diz respeito à motivação e importância de obter informação sobre a doença (Quadro 7) prevalece uma maioria de 92% que demonstra essa vontade com o objectivo de poder ter mais conhecimentos sobre a própria doença (42%), poder saber lidar melhor com a doença

(33%), poder saber gerir melhor os sintomas (33%), poder prevenir recaídas (17%) e poder estabilizar a doença (17%).

Quadro 7 – Motivos e importância para obter informação sobre a doença

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
Saber tudo sobre a doença	11 (92)	1 (8)
Poder ter mais conhecimentos sobre a própria doença	5 (42)	7(58)
Poder saber lidar melhor com a doença	4 (33)	8 (67)
Poder saber gerir melhor os sintomas	4 (33)	8 (67)
Poder prevenir recaídas	2(17)	10(83)
Poder estabilizar a doença	2(17)	10(83)

Quanto à valorização da Psicoeducação (Quadro 8) como programa de reabilitação face à doença, registou-se um valor de 100% nos respondentes. Quando questionados sobre os motivos desta importância, os inquiridos reforçam a ideia de quererem ter maior compreensão sobre a própria doença (33%), poderem explicar melhor aos familiares ou pessoas próximas (17%), saberem lidar melhor com a doença (50%) e poderem gerir e prevenir recaídas (8%). Houve ainda um inquirido que respondeu que iria permitir o aumento da auto-estima e um inquirido que referiu que os programas psicoeducativos o iriam ajudar a ultrapassar as dificuldades que este encontra, sendo uma delas, frequentar este tipo de programas.

Quadro 8 – Motivos da importância de ter acesso a programas de Psicoeducação

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
Considera importante ter acesso a programas de Psicoeducação	12 (100)	0(0)
Ter maior compreensão da própria doença	4(33)	8(67)
Poder explicar aos familiares ou pessoas próximas	2(17)	10(83)
Saber lidar melhor com a doença	6(50)	6(50)
Poder gerir e prevenir recaídas	1(8)	11(92)
Aumentar a auto-estima	1(8)	11(92)
Por ter dificuldade em frequentar os programas	1(8)	11(92)

Relativamente às razões que levariam os utentes a participar em programas psicoeducativos (Quadro 9) verifica-se uma percentagem de 11% do universo total contra 1%. Embora as respostas dispersem um pouco em termos percentuais, voltamos a verificar que 42% aceitaria participar para ter maior compreensão da doença, 8% para poder explicar melhor aos familiares ou pessoas próximas e 8% para saber lidar melhor com a doença. Foi ainda possível constatar que um inquirido respondeu que se sentiria clinicamente mais vigiado, três dos inquiridos consideram que iriam melhorar a sua saúde mental e física e dois dos inquiridos consideram que ajudaria a sentirem-se mais úteis na sociedade.

Quadro 9 – Razões que levariam a participar em programas psicoeducativos

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
Aceitaria participar em programas psicoeducativos	11(83)	1(17)
Ter maior compreensão da própria doença	5(42)	7(58)
Poder explicar aos familiares ou pessoas próximas	1(8)	11(92)
Estar clinicamente mais vigiado	1(8)	11(92)
Saber lidar melhor com a doença	1(8)	11(92)
Melhorar a Saúde Mental e Física	3(25)	9(75)
Poder sentir-se útil na sociedade	2(17)	10(83)

Podemos em seguida analisar (Quadro 10) os resultados obtidos relativos ao conhecimento dos utentes sobre os conteúdos programáticos oferecidos pela psicoeducação, em que se verifica maioritariamente um interesse particular sobre as questões relativas à medicação (42%), bem como as questões que envolvem a estratégia do coping, nomeadamente a definição da doença (25%), a sintomatologia (25%) e o treino de competências cognitivas (25%). Os outros aspectos foram considerados em menor percentagem pelos utentes inquiridos, nomeadamente, obtivemos 17% dos inquiridos a responder consumo de substâncias, recursos e centros de reabilitação existentes e promoção da Saúde, enquanto que 8% respondeu treino de competências sociais.

Quadro 10 – Conteúdos Programáticos mais relevantes nos programas psicoeducativos

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
Definição da doença	3(25)	9(75)
Medicação	5(42)	7(58)
Sintomas	3(25)	9(75)
Consumo de substâncias	2(17)	10(83)
Recursos e centros de Reabilitação existentes	2(17)	10(83)
Treino de competências sociais	1(8)	11(92)
Treino de competências cognitivas	3(25)	9(75)
Promoção da Saúde	2(17)	10(83)

No âmbito das características inerentes à organização do programa psicoeducativo (Quadro 11), existe uma demonstração de vontade de frequentar uma vez por semana, nestas sessões na ordem dos 33%, sendo que 25% prefere participar nestas sessões duas vezes por semana e 8% prefere três vezes por semana ou em frequência complementar às consultas. Relativamente à duração das sessões, 42% evocam a preferência por sessões de sessenta minutos, 8% evoca a preferência por sessões de trinta minutos e 17% evocam a preferência por sessões de noventa minutos. Relativamente à duração do programa, 17% refere a duração do programa durante 1 ano ou durante seis meses e 8% refere a duração de um mês.

Quadro 11 – Características do programa psicoeducativo

	Respostas	Frequência	Percentagem
Frequência das sessões	Uma vez por semana	4	33
	Duas vezes por semana	3	25
	Três vezes por semana	1	8
	Complementar às consultas	1	8
	Não especifica	3	25
	Total	12	100
Duração das sessões	Trinta minutos	1	8
	Sessenta minutos	5	42
	Noventa minutos	2	17
	Não especifica	4	33
	Total	12	100
Duração do Programa	Um mês	1	8
	Seis meses	2	17
	Um ano	2	17
	Não especifica	7	58
	Total	12	100

A abordagem aos aspectos facilitadores à adesão a programas psicoeducativos (Quadro 12) oferecem um rácio percentual em que 42% dos utentes indica a utilização do computador como meio preferencial de adesão a esta tipologia de programas, bem como 33% evidenciam a utilização de livros como factor de adesão aos programas psicoeducativos, contrastando com 58% em que a utilização do computador não se apresenta como aspecto determinante de adesão e também 67% que referiram os livros como meio facilitador de adesão a programas psicoeducativos. Constatou-se também que 8% considera importante a aliança terapêutica entre técnicos e utentes, 25% referiu a utilização de vídeos, 8% referiu a utilização de material para quem não sabe ler, 8% referiu a realização de dinâmicas de grupo, 17% considerou a utilização de linguagem acessível e 8% referiu a motivação como factor facilitador à adesão a programas psicoeducativos.

Quadro 12 - Aspectos facilitadores à adesão a programas psicoeducativos

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
Aliança terapêutica entre técnicos e utentes	1(8)	11(92)
Utilização de vídeos	3(25)	9(75)
Utilização de material para quem não sabe ler	1(8)	11(92)
Utilização do computador	5(42)	7(58)
Utilização de livros	4(33)	8(67)
Realização de dinâmicas de grupo	1(8)	11(92)
Utilização de linguagem acessível	2(17)	10(83)
Ter motivação para integrar experiências novas	1(8)	11(92)

Na observação dos aspectos inibidores à adesão a programas psicoeducativos (Quadro 13), foram registados os seguintes valores: 25% considera que o facto de não se sentir capaz para lidar com o programa iria dificultar a adesão, 17% considera as próprias características (entre as nominadas, temos a timidez e défice de competências sociais) como factor

determinantes para o efeito, sendo que 8% referiram aspectos como, falta de motivação, resistência ao tratamento, não ter o apoio de alguém e a acessibilidade ao local do programa.

Quadro 13 – Aspectos inibidores à adesão a programas psicoeducativos

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
Falta de motivação	1(8)	11(92)
Resistência ao Tratamento	1(8)	11(92)
Não ter competências para lidar com o programa	3(25)	9(75)
Características pessoais	2(17)	10(83)
Não ter o apoio de alguém	1(8)	11(92)
A acessibilidade ao local do programa	1(8)	11(92)
Método utilizado no programa	2(17)	10(83)

Na abordagem relativa à caracterização das capacidades e conhecimentos informáticos dos utentes (Quadro 14), apuramos os seguintes indicadores estatísticos, 50% dos respondentes tem computador e 100% considera possuir conhecimentos de informática, embora apenas 67% considere fácil utilizar um computador. Quando questionados acerca desses conhecimentos, observamos que 33% é enquanto utilizador, 92% é na área da Internet, 25% é na área da multimédia e da formação e 8% é na área do E-learning. Relativamente aos motivos da utilização, 58% utiliza para diversão, 42% para o trabalho, 67% para consultar a Internet sendo que presentemente, nenhum dos inquiridos utiliza o computador para dar ou receber formação.

Quadro 14 – Caracterização das capacidades e conhecimentos informáticos dos utentes

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
Tem computador	6(50)	6(50)
Acha fácil utilizar um computador	8(67)	4(33)
Possui conhecimentos de informática	12(100)	0(0)
Possui conhecimentos informáticos enquanto utilizador	4(33)	8(67)
Possui conhecimentos informáticos na área da Internet	11(92)	1(8)
Possui conhecimentos informáticos na área da multimédia	3(25)	9(75)
Possui conhecimentos informáticos na área da Formação	3(25)	9(75)
Possui conhecimentos informáticos na área do E-learning	1(8)	11(92)
Utiliza computador para diversão	7(58)	5(42)
Utiliza computador para o trabalho	5(42)	7(58)
Utiliza computador para consultar a Internet	8(67)	4(33)
Utiliza computador para receber ou dar formação	0(0)	12(100)

Nomeadamente no que se refere à frequência de utilização do computador por mês (Quadro 15) verificamos que uma maioria com um valor de 58% dos inquiridos tem acesso ao computador entre 3 a 4 vezes por mês, sendo que 17% acede diariamente e 8% acede uma vez, duas vezes ou entre seis a dez vezes.

Quadro 15 – Frequência de utilização do computador por mês

Uma	Frequência	Percentagem
Uma vez	1	8
Duas vezes	1	8
Entre três a quatro vezes	7	58
Entre seis a dez vezes	1	8
Todos os dias	2	17
Total	12	100

Na observância das vantagens em utilizar o computador nas sessões psico-educativas (Quadro 16) diferentes opiniões acerca das vantagens em utilizar o computador nas sessões psicoeducativas, nomeadamente, 42% refere que facilita o acesso à informação, 33% refere que permite maior conhecimento de informação e 8% referem ou que facilita a aprendizagem ou que é um método mais interactivo. Obtivemos um inquirido que considerou que não existe vantagem na utilização do computador, sendo que prefere o contacto directo com o técnico.

Quadro 16 – Vantagens em utilizar o computador nas sessões psicoeducativas

Respostas	Sim(N e %)	Não(N e %)
Facilita o acesso à informação	5(42)	7(58)
Facilita a aprendizagem	1(8)	11(92)
Permite maior conhecimento de informação	4(33)	6(67)
É um método mais interactivo	1(8)	11(92)
Prefere o contacto directo com o técnico	1(8)	11(92)

Analisando agora os resultados obtidos pela amostra de técnicos, verificamos que na caracterização das capacidades e conhecimentos informáticos dos técnicos (Quadro 17) os inquiridos manifesta uma percentagem na ordem dos 97% entre aqueles que tem acesso fácil a um computador e possuem conhecimentos de informática, verificando-se um valor de 100% para aqueles que utilizam o computador para o trabalho. Sendo relevante o facto de apenas 13% dos inquiridos possuir conhecimentos informáticos na área do E-learning e ainda 74% que não possui conhecimentos informáticos na área da Formação.

Quadro 17- Caracterização das capacidades e conhecimentos informáticos dos técnicos

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
Tem acesso fácil a um computador	30(97)	1(3)
Possui conhecimentos de informática	30(97)	1(3)
Possui conhecimentos informáticos enquanto utilizador	29(94)	2(6)
Possui conhecimentos informáticos na área da Internet	25(81)	6(19)
Possui conhecimentos informáticos na área da multimédia	10(32)	21(68)
Possui conhecimentos informáticos na área da Formação	8(26)	23(74)
Possui conhecimentos informáticos na área do E-learning	4(13)	27(87)
Utiliza computador para diversão	18(58)	13(42)
Utiliza computador para o trabalho	31(100)	0(0)
Utiliza computador para consultar a Internet	28(90)	3(10)
Utiliza computador para receber ou dar formação	12(39)	19(61)

Inquiridos os técnicos da nossa amostra no que diz respeito aos motivos para a utilização da psicoeducação nos serviços de saúde mental (Quadro 18), obtivemos 100% de respostas que indicam a prevalência da vontade por parte dos mesmos em que a a psicoeducação deve ser uma prática clínica adoptada como estratégia nos serviços de saúde mental. Quanto aos motivos apontados para este facto, obtivemos 36% a responder que promove maior e melhores formas de lidar com a doença ou que promove/aumenta o insight e a adesão ao tratamento, 13% respondeu que promove a participação activa do utente no processo de recuperação ou que promove a diminuição do estigma ou que ajuda a prevenir recaídas, 26% respondeu que funciona como abordagem complementar ao tratamento do utente ou que promove o desenvolvimento e treino de competências pessoais e interpessoais, 10% respondeu que permite a avaliação das prioridades e necessidades de cada utente e 7% respondeu que permite a prevenção e promoção da Saúde/Doença Mental.

Quadro 18 – Motivos para a utilização da Psicoeducação nos serviços de saúde mental

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
A Psicoeducação deve ser uma prática clínica adoptada como estratégia nos serviços de saúde mental	31(100)	0(0)
Promove maior e melhores formas de lidar com a doença	11(36)	20(65)
Promove a participação activa do utente no processo de recuperação	4(13)	27(87)
Promove a diminuição do estigma	1(3)	30(97)
Funciona como abordagem complementar ao tratamento do utente	8(26)	23(74)
Ajuda a prevenir recaídas	4(13)	27(87)
Promove o desenvolvimento e treino de competências pessoais e interpessoais	8(26)	23(74)
Permite a prevenção e promoção da Saúde/Doença Mental	2(7)	29(94)
Promove/Aumenta o insight e a adesão ao tratamento	11(36)	20(65)
Permite a avaliação das prioridades e necessidades de cada utente	3(10)	28(90)

Sobre as vantagens dos programas psicoeducativos (Quadro 19), não há consonância nas respostas referidas sendo que encontramos diferentes vantagens, nomeadamente, porém observamos uma forte prevalência (71%) a responder que permite melhor compreensão da doença e formas de lidar com ela, 42% a responder que permite melhor gestão de sintomas e prevenção de recaídas ou que promove/aumenta a adesão ao tratamento e insight sobre doença, permitindo melhores resultados no processo de recuperação dos utentes, 32% responde que permite ao utente desempenhar um papel activo no processo de recuperação, 26% responde que promove a aprendizagem e o desenvolvimento de competências pessoais e interpessoais para um melhor funcionamento psicossocial, 16% responde que promove a entreaajuda e partilha de experiência entre utentes e/ou técnicos ou que promove a Saúde e qualidade de vida e 3% que funciona como instrumento de avaliação e reavaliação ou que permite a melhoria da aliança terapêutica.

Quadro 19 - Vantagens dos programas psicoeducativos

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
Promover a entre-ajuda e partilha de experiência entre utentes e/ou técnicos	5(16)	26(84)
Permite ao utente desempenhar um papel activo no processo de recuperação	10(32)	21(68)
Permite melhor compreensão da doença e formas de lidar com ela	22(71)	9(29)
Permite melhor gestão de sintomas e prevenção de recaídas	13(42)	18(58)
Promove/Aumenta o insight e a adesão ao tratamento	13(42)	18(58)
Promove o desenvolvimento e treino de competências pessoais e interpessoais	8(26)	23(74)
Funciona como instrumento de avaliação e reavaliação	1(3)	30(97)
Promoção da Saúde e qualidade de vida	5(16)	26(84)
Permite a melhoria da aliança terapêutica	1(3)	30(97)

A opinião sobre a adesão aos programas de Psicoeducação (Quadro 20) apresenta como percentagem máxima de 42% por parte dos inquiridos nas suas respostas sobre este aspecto que considera como sendo boa a adesão aos programas. Os restantes dos inquiridos respondem razoável (6%), baixa (2%) ou depende do grupo em questão (1%).

Quadro 20 – Opinião sobre a adesão aos programas de Psicoeducação

Adesão	Frequência	Percentagem
Baixa	2	7
Razoável	6	19
Boa	13	42
Depende do grupo em questão	1	3
Não específica	9	29
Total	31	100

As considerações sobre os aspectos facilitadores na adesão a programas psicoeducativos (Quadro 21) indicam que 45% dos técnicos consideram o Esclarecimento dos objectivos e benefícios do programa como o aspecto mais facilitador na adesão e a aliança terapêutica entre técnicos e utentes. 42% consideram a insight e a forma, horário e conteúdo do programa, 36% consideram as características pessoais dos dinamizadores e características pessoais e patológicas dos utentes, 23% consideram o nível de readiness dos utentes para o programa e 7% consideram o consentimento ao utente de optar por participar ou não no programa e o insight e aceitação da doença por parte do utente como obtenção de resultados positivos na adesão a estes programas.

Quadro 21 - Aspectos facilitadores na adesão a programas psicoeducativos

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
Aliança terapêutica entre técnicos e utentes	14(45)	17(55)
Nível de readiness para o programa	7(23)	24(77)
Consentimento ao utente de optar por participar ou não no programa	2(7)	29(94)
Esclarecimento dos objectivos e benefícios do programa	14(45)	17(55)
Forma, horário e conteúdo do programa	13(42)	18(58)
Características pessoais dos dinamizadores e características pessoais e patológicas dos utentes	11(36)	20(65)
Insight e aceitação da doença	2(7)	29(94)
Existência de suporte social e familiar	5(16)	26(84)

No referente aos aspectos inibidores na adesão a programas psicoeducativos (Quadro 22), é reportado um valor de 97% de respostas dos técnicos, que demonstra que a imposição ao utente da sua participação no programa psicoeducativo não funcionaria como aspecto inibidor para a sua adesão ao mesmo, sendo que 52% consideram que a forma, horário e conteúdo do programa e as características pessoais dos dinamizadores e características pessoais e patológicas dos utentes seriam aspectos inibidores. De entre as demais respostas, observamos que 26% considera a desmotivação/resistência ao seu processo de recuperação como factor inibidor, 23% considera a falta de suporte social e familiar, 16% considera o baixo insight sobre a doença e seu estado clínico, 13% considera a falta de empatia com os técnicos e 10% a falta de informação acerca do programa.

Quadro 22 - Aspectos inibidores na adesão a programas psicoeducativos

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
Falta de suporte social e familiar	7(23)	24(77)
Falta de informação acerca do programa	3(10)	28(90)
Baixo insight sobre a doença e seu estado clínico	5(16)	26(84)
Falta de empatia com os técnicos	4(13)	27(87)
Imposição ao utente da sua participação no programa	1(3)	30(97)
Forma, horário e conteúdo do programa	16(52)	15(48)
Características pessoais dos dinamizadores e características pessoais e patológicas dos utentes	13(52)	18(58)
Desmotivação/Resistência ao seu processo de recuperação	8(26)	23(74)

Ao questionarmos os técnicos em que fase do tratamento consideravam que o programa devia ser aplicado, obtivemos unanimidade na resposta, sendo que 100% considera que o momento ideal é logo após o primeiro surto. Quando questionados acerca das razões pelas quais os programas psicoeducativos são exequíveis nos serviços (Quadro 23), ficou demonstrado em 90% de respostas que os mesmos são exequíveis nos serviços por se manifestarem de extrema importância relativamente à compreensão da doença por parte

dos utentes, familiares e população em geral (10%), por facilitarem o envolvimento da família no tratamento (10%), por permitem dar resposta às necessidades dos utentes que frequentam o serviço em questão (42%), por ser uma prática complementar com resultados positivos no tratamento do utente (19%), por ser uma ferramenta que cumpre os critérios de reabilitação do serviço em questão (36%), por haver sensibilização e disponibilidade por parte dos técnicos (32%) e porque existem recursos físicos, uma vez que são programas económicos e não exigem material especializado (13%).

Quadro 23 – Razões pelas quais os programas psicoeducativos são exequíveis nos serviços

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
São de extrema importância relativamente à compreensão da doença por parte dos utentes, familiares e população em geral	3(10)	28(90)
Facilitam o envolvimento da família no tratamento	3(10)	28(90)
Permitem dar resposta às necessidades dos utentes que frequentam o serviço em questão	13(42)	18(58)
É uma prática complementar com resultados positivos no tratamento do utente	6(19)	25(81)
É uma ferramenta que cumpre os critérios de reabilitação do serviço em questão	11(36)	20(65)
Denota-se sensibilização e disponibilidade por parte dos técnicos	10(32)	21(68)
Existência de recursos físicos	4(13)	27(87)

Foi expresso relativamente aos conteúdos programáticos mais relevantes nos programas psicoeducativos (Quadro 24) com um valor de 87% de nível positivo que estes deveriam estar associados à explicação da doença e dos sintomas, à informação e consequente importância da adesão aos diferentes tipos de tratamento e prevenção de recaídas (84%), à promoção de estilos de vida saudáveis (36%), ao relacionamento familiar (19%), aos recursos na comunidade (36%), à sexualidade (7%), à socialização (19%), aos défices associados à doença e treino das competências em questão (45%) ou ao consumo de substâncias (16%).

Quadro 24 - Conteúdos programáticos mais relevantes nos programas psicoeducativos

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
Explicação da doença e dos sintomas	27(87)	4(13)
Informação e consequente importância da adesão aos diferentes tipos de tratamento e prevenção de recaídas	26(84)	5(16)
Promoção de estilos de vida saudáveis	11(36)	20(65)
Relacionamento familiar	6(19)	25(81)
Recursos na comunidade	11(36)	20(65)
Sexualidade	2(7)	29(94)
Socialização	6(19)	25(81)
Défices associados à doença e treino das competências em questão	14(45)	17(55)
Consumo de substâncias	5(16)	26(84)

Relativamente às características do programa psicoeducativo (Quadro 25), 45% manifestaram a frequência periódica dos mesmos em 1 vez por semana, 7% duas vezes por semana e 3% frequência quinzenal ou mensal. Obteve-se ainda 16% a responder que as sessões deviam ser pouco espaçadas inicialmente e ir aumentando o tempo de intervalo ao longo do programa e 10% que dependia do grupo em questão. 36% responderam que relativamente à duração das sessões deveriam ser sessões de sessenta minutos, 20% sessões de noventa minutos, 13% dependia do grupo em questão e 7% respondeu trinta minutos. Quanto ao método a utilizar seria a metodologia interactiva com 26%, metodologia expositiva (13%), realização de sessões de grupo (23%) ou dependeria do grupo (7%). Relativamente à duração do programa, embora tenham sido poucos os inquiridos a especificar a duração, temos que 10% aponta para os três meses e 7% para os seis meses.

Quadro 25 – Características do programa psicoeducativo

	Respostas	Frequência	Percentagem
Frequência das sessões	Uma vez por semana	14	45
	Duas vezes por semana	2	7
	Quinzenal	1	3
	Mensal	1	3
	Sessões pouco espaçadas inicialmente e aumentar o intervalo depois	5	16
	Depende do grupo em questão	3	10
	Não especifica	5	16
Duração das sessões	Trinta minutos	2	7
	Sessenta minutos	11	36
	Noventa minutos	6	20
	Duas horas	1	3
	Depende do grupo em questão	4	13
	Não especifica	7	23
	Três meses	3	10
	Seis meses	2	7
	Depende do grupo em questão	4	13
	Não especifica	22	71
Método a utilizar	Método expositivo	4	13
	Sessões de Grupo	7	23
	Metodologia Interactiva	8	26
	Depende do grupo em questão	2	7
	Não especifica	10	32

A questão das vantagens da utilização do computador nas sessões psico-educativas (Quadro 26) resulta em diferentes opiniões. 48% responderam que é por ser uma ferramenta de trabalho mais atractiva, 23% por permitir ao utente aceder à informação quando e onde quiser agindo segundo o seu ritmo, 19% por permitir o aumento da concentração e atenção,

16% por ser uma forma facilitadora de aprendizagem, 13% por ser uma metodologia interactiva permitindo ao utente sentir-se mais integrado com as novas tecnologias, 10% por ser um facilitador para os utentes com défices de interacção e 7% por ser um incentivo à educação permanente. Houve dois dos inquiridos que consideram que não existem vantagens na utilização do computador nas sessões psico-educativas.

Quadro 26 - Vantagens da utilização do computador nas sessões psico-educativas

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
Ser uma ferramenta de trabalho mais atractiva	15(48)	16(52)
Ser uma forma facilitadora de aprendizagem	5(16)	26(84)
Ser uma metodologia interactiva	4(13)	27(87)
Permitir o aumento da concentração e atenção	6(19)	25(81)
Facilidade de acesso à informação	7(23)	24(77)
Ser um facilitador para os utentes com défices de interacção	3(10)	28(90)
Ser um incentivo à educação permanente	2(7)	29(94)
Não há vantagens	2(7)	29(94)

No que se refere à utilização do computador no comprometimento da realidade e da função cognitiva (Quadro 27) 39 % dos técnicos referem ser este um recurso facilitador da função cognitiva contra 23% que considera como recurso inibidor.

Quadro 27 – Utilização do computador no comprometimento da realidade e da função cognitiva

Respostas	Frequência	Percentagem
Facilitador	12	39
Inibidor	7	23
Depende da população em questão	8	26
Não opina	4	13
Total	31	100

No referente às razões para utilizar o computador no comprometimento da realidade e da função cognitiva (Quadro 28) os técnicos apontam maioritariamente nas variáveis de resposta indexadas em diferentes direcções. Assim temos, 13% a responder que permite ao utente realizar o programa de acordo com as suas capacidades, défices e tempo de execução, 10% que contém recursos actuais que aproximam o utente do real ou que permite trabalhar competências cognitivas, 7% a responder que não é uma ferramenta invasiva, proporcionando segurança na sua utilização e 3% a responder que permite complementar o programa ou que permite trabalhar competências cognitivas ou que contém recursos actuais que aproximam o utente do real. Os inquiridos que consideraram na pergunta anterior o computador como um inibidor no comprometimento da realidade e da função cognitiva,

justificaram pelo facto do computador dificultar a compreensão da informação (7%) e a aprendizagem (10%).

Quadro 28 – Razões para utilizar o computador no comprometimento da realidade e da função cognitiva

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
Permite complementar o programa	1(3)	30(97)
Não é uma ferramenta invasiva, proporcionando segurança na sua utilização	2(7)	29(94)
Permite ao utente realizar o programa de acordo com as suas capacidades, défices e tempo de execução	4(13)	27(87)
Contém recursos actuais que aproximam o utente do real	3(10)	28(90)
Desperta a curiosidade e interesse pelas novas tecnologias	1(3)	30(97)
Permite trabalhar competências cognitivas	3(10)	28(90)
Nem todos os utentes sabem utilizar um computador	1(3)	30(97)
Pode dificultar a compreensão da informação	2(7)	29(94)
Pode dificultar a aprendizagem	3(10)	28(90)

Inquiridos sobre a opinião sobre a acessibilidade e utilização da Internet pelo utente (Quadro 29) 42% considera fácil a acessibilidade à Internet e outros 55% considera fácil a utilização da Internet.

Quadro 29 – Opinião sobre a acessibilidade e utilização da Internet pelo utente

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)	Não Opina (N e %)
Considera fácil a acessibilidade à Internet	13(42)	17(55)	1(3)
Considera fácil a utilização da Internet	17(55)	13(42)	1(3)

Sobre os factores facilitadores da utilização da Internet pelo utente (Quadro 30), temos que 32% consideram que se deve disponibilizar mais e melhores meios técnicos nos diferentes locais do hospital e comunidade, 26% considera que se deve aumentar o acesso livre à internet no contexto hospitalar e na comunidade, 13% considera que se deve utilizar estratégias apelativas à utilização do computador, 10% considera que se deve disponibilizar maior acompanhamento técnico e 3% considera que se deve fornecer informação acerca dos locais na comunidade com acesso à Internet. Porém, obtivemos uma resposta maioritária (61%) que considera que se deve proporcionar acções de formação gratuitas e treino posterior das competências adquiridas.

Quadro 30 – Factores facilitadores da utilização da Internet pelo utente

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
Disponibilizar mais e melhores meios técnicos nos diferentes locais do hospital e comunidade	10(32)	21(68)
Aumentar o acesso livre à Internet no contexto hospitalar e na comunidade	8(26)	23(74)
Proporcionar acções de formação gratuitas e treino posterior das competências adquiridas	19(61)	12(39)
Utilizar estratégias apelativas à utilização do computador	4(13)	27(87)
Fornecer informação acerca dos locais na comunidade com acesso à Internet	1(3)	30(97)
Disponibilizar maior acompanhamento técnico	3(10)	28(90)
Não opina	4(13)	27(87)

As características adicionais ao programa psicoeducativo (Quadro 31) são em 36% configuradas sobre a forma de vídeos por os inquiridos como meio adicional preferente e complementar ao programa psicoeducativo, 29% configura sob o fornecimento de material didáctico simples e ilustrativo ou a realização de dinâmicas de grupo para treino de competências pessoais e interpessoais, 26% realça a importância dos grupos de ajuda, 23% considerou as reuniões abertas à população em geral, 13% realça a importância da utilização de novas tecnologias como a realidade virtual, 10% considera a visita a locais de interesse, 7% considera importante o estruturar sessões orientadas pelo próprio participante e a participação dos familiares e 3% considera importante a utilização do sistema B-learning.

Quadro 31 – Características adicionais ao programa psicoeducativo

Respostas	Sim (N e %)	Não (N e %)
Grupos de ajuda	8(26)	23(74)
Reuniões abertas à população em geral	7(23)	24(77)
Fornecimento de material didáctico simples e ilustrativo	9(29)	22(71)
Realização de dinâmicas de grupo	9(29)	22(71)
Vídeos	11(36)	20(65)
Visitas a locais de interesse	3(10)	28(90)
Utilização de novas tecnologias	4(13)	27(87)
Estruturar sessões orientadas pelo próprio participante	2(7)	29(94)
Utilização do sistema B-learning	1(3)	30(97)
Participação dos familiares	2(7)	29(94)

3. Discussão dos resultados

Após termos apresentado os resultados obtidos, iremos nesta parte do trabalho descrever e analisar os resultados encontrados. Os resultados obtidos nesta investigação exploratória focalizam uma necessidade de informação sobre os programas psicoeducativos vocacionados para os utentes de saúde mental, uma vez que estes manifestam uma curiosidade residual sobre os mesmos como metodologia alternativa aos tratamentos

previamente recebidos, Verifica-se também uma necessidade de consolidação de conhecimentos específicos sobre esta área de intervenção, manifestada pelos técnicos de saúde inquiridos, por forma a transportar para a prática clínica os conceitos relativos à psicoeducação como recurso e instrumento de trabalho mediador no tratamento dos pacientes diagnosticados com patologia mental. As respostas das nossas duas amostras estão de acordo com os pressupostos científicos encontrados actualmente nos programas de psicoeducação referenciados na literatura. Neste sentido é de referir os estudos encontrados por Mann e Chong (2004) que sugerem que os conteúdos mais explorados devem ser etiopatogenia da psicose, identificação dos sintomas característicos da doença e estratégias para a gestão desses sintomas, informação sobre a medicação e seus efeitos secundários, esclarecimento sobre os diferentes tipos de tratamento da psicose, prevenção de recaídas, treino de competências pessoais e interpessoais, promoção de estilos de vida saudáveis, estruturação de um plano de emergência e recursos na comunidade (Shon & Park, 2002; Mann & Chong, 2004).

O mesmo se manifesta no âmbito dos aspectos facilitadores e inibidores. Na sub-amostra dos técnicos encontramos concordância nas opiniões relativamente à importância da aliança terapêutica entre técnicos e utentes, o que vai de encontro a um estudo realizado por Rowston (2002) que referencia a importância da existência de empatia entre técnicos e utentes como crucial à adesão a qualquer tipo de tratamento. Contrapondo a este facto, na sub-amostra dos utentes, verifica-se que apenas 8% refere a aliança terapêutica como um factor facilitador à adesão do programa, atribuindo mais importância à utilização do computador e de vídeos no processo. Outros estudos relacionados com os factores facilitadores e inibidores na adesão aos programas psicoeducativos, referenciam igualmente, o esclarecimento dos objectivos e benefícios dos programas e o nível de readiness para o programa (Shon & Park, 2002), a existência de suporte social e familiar (MacDonald et al., 1998), as características pessoais e patológicas dos utentes, tais como, a idade, o nível de escolaridade, as capacidades cognitivas ou o estágio de evolução da doença (Schaub, Behrendt & Bremer, 1998), o insight sobre a doença (Frésan et al., 2001) e o formato, horário e conteúdo do programa (Love, 2002) como sendo os principais factores que podem influenciar positiva ou negativamente a adesão dos utentes aos programas psicoeducativos. Todos estes factores foram observados em ambas as sub-amostras, porém, na sub-amostra dos utentes, observa-se uma conotada valorização relativamente ao formato e conteúdo do programa, em específico ao material utilizado nas sessões.

Ao estudarmos esta temática podemos observar na sub-amostra dos utentes, uma preferência pelo material de fácil utilização e linguagem acessível, ou seja, simples e ilustrativa e pelo material dinâmico (tais como, vídeos e computadores), que nas suas opiniões, facilitam a aprendizagem. Um estudo de Roe e Yanos (2006) enaltece a importância da utilização de técnicas que enfatizem a aprendizagem interactiva para que os indivíduos com psicose, possam mais facilmente processar e assimilar a informação. Na sub-amostra de técnicos, observamos que para além do tipo de material mencionado anteriormente, se deve realizar grupos de entreajuda e reuniões abertas à população em geral, no sentido de se constituir um processo de facilitação e enriquecimento à compreensão da doença por parte dos familiares e da comunidade, levando à diminuição do estigma depositado sobre as pessoas com psicose, que provoca muitas vezes a rejeição ao diagnóstico e na não-adesão ao tratamento (Conus et al., 2007). Este facto leva-nos para as evidências respeitáveis à participação activa dos familiares nos programas, dado que a família influencia positiva ou negativamente o contexto do utente, provocando repercussões nos resultados dos tratamentos e consequentemente no seu bem-estar e qualidade de vida (Motilova et al., 2006). Um estudo realizado por Frésan e colaboradores (2001) afirma que sendo o utente e seus familiares, os principais intervenientes e interessados no processo, que se deve estruturar sessões orientadas pelos utentes e familiares, de forma a ir de encontro às verdadeiras necessidades e prioridades identificadas pelos intervenientes.

Um dos dados observados nesta amostra que servem de pilar estrutural, prende-se com o facto de os técnicos terem mencionado a utilização do sistema B-Learning ancorado aos programas psicoeducativos. É então necessário desenvolver competências que permitam a utilização deste tipo de metodologias aquando da sua aplicação como metodologia interventiva no tratamento de doenças mentais. As necessidades sentidas pela nossa amostra deixam a responsabilidade de entender o B-Learning como um espaço aberto à construção do conhecimento, representado aqui através de um programa psicoeducativo, que fomente a introdução de modificações importantes em determinados aspectos do funcionamento psicológico dos pacientes com psicose (Garrison & Anderson, 2005). Esta temática remete-nos para a caracterização das nossas sub-amostras relativamente ao conhecimento que os utentes detêm sobre a linguagem informática, no sentido de se compreender qual a amplitude e validade de aplicação de um programa psicoeducativo ancorado na técnica do B-Learning, sendo que 100% dos respondentes possuem conhecimentos de utilizador básico, configurando esta informação um elemento estrutural nuclear que fundamenta a aplicação do nosso programa de B-Learning como programa psicoeducativo. Contrapondo estes

resultados, verificamos na sub-amostra dos técnicos alguma relutância na inclusão das novas tecnologias no processo de recuperação dos utentes. Ao analisarmos as questões que levam alguns dos técnicos a considerar o computador como um inibidor no comprometimento cognitivo, observamos que consideram difícil a acessibilidade e a utilização do computador por parte dos utentes e consideram que o computador pode dificultar a aprendizagem e a compreensão da informação. Este facto leva-nos a considerar que apesar das evidências científicas relativas à inclusão do sistema b-learning, ainda exista um desfasamento na realidade da prática clínica em Saúde Mental. Porém, denota-se sensibilização e motivação por parte dos técnicos em aprofundar os conhecimentos relativos à utilização do sistema b-learning, já que a utilização deste sistema, tal como foi reconhecido pela sub-amostra, permite trabalhar competências cognitivas, permite ao utente realizar o programa de acordo com as suas características e desperta a curiosidade e interesse pelas novas tecnologias aproximando-o dos recursos actuais da sociedade (Jacobs et al., 2001). Como forma de reflexão sobre as opiniões contraditórias encontradas nas duas sub-amostra quanto à acessibilidade e utilização do computador por parte dos utentes, consideramos importante, como forma de promover a utilização desta tecnologia e aumentar os conhecimentos informáticos dos utentes, que se disponibilizem mais e melhores meios técnicos nos diferentes locais do hospital e comunidade, que se proporcione o aumento ao acesso livre à Internet no contexto hospitalar e na comunidade, que se realizem acções de formação gratuitas e treino posterior das competências adquiridas e que se forneça informação acerca dos locais na comunidade com acesso à Internet (Gould, 2008).

A análise dos resultados permitiu ainda constataremos que as principais vantagens da psicoeducação mencionadas pelos técnicos estão de acordo com as evidências científicas já referidas no nosso enquadramento teórico, nomeadamente permitir melhor compreensão da doença e formas de lidar com ela, diminuir a sintomatologia, reduzir o impacto do primeiro episódio psicótico evitando internamentos hospitalares desnecessários, identificar factores de risco associados ao desencadear de uma crise, promover a adesão ao tratamento e a participação activa no processo de recuperação, promover o treino de competências pessoais e interpessoais, facilitar a adaptação aos serviços de Saúde Mental, facilitar a reintegração social, melhorar o suporte social e facilitar a informação sobre os recursos existentes na comunidade. Na sub-amostra dos utentes verificamos uma carência de obtenção e esclarecimento de informação acerca da problemática, o que nos remete para a importância do esclarecimento dos objectivos e vantagens desta prática antes da implementação do nosso

programa, para que não haja imposição ao utente da sua participação no programa psicoeducativo.

Esta questão leva-nos a analisar quais as características mais relevantes nos programas psicoeducativos. Nesta questão pudemos constatar que os inquiridos na sua maioria, referenciam que os programas devem ser realizados entre uma a duas vezes por semana o que vai de encontro à bibliografia existente. Uma revisão de estudos psicoeducativos efectuada afirma que em média, os programas devem ser realizados entre uma a duas vezes por semana (Mueser et al., 2004). Estes programas devem ter no mínimo um número de oito sessões e a sua duração deve estar entre os cinquenta e os noventa minutos, sendo que a realização dos programas deve situar-se entre os dez dias e os dois anos (Rummel-Kluge et al., 2006). Na nossa investigação verifica-se que existe concordância com os dados encontrados em ambas as sub-amostra relativamente à duração média das sessões, porém, observamos carência de conhecimentos relativamente à questão da duração média dos programas.

Relativamente ao método mais propício a este tipo de programas, encontramos vários estudos, entre eles o de Shin e Lukens (2002), que recomendam que na primeira fase do programa se opte por uma metodologia expositiva através da utilização de livros, projecção de slides, fornecimento de folhetos ilustrativos, realização de exercícios tipo perguntas/respostas e grupos de discussão sobre a temática abordada. Um outro estudo recomenda a prática de técnicas cognitivo-comportamentais, tal como, os role-plays, resolução de problemas, gestão de emoções e também sessões de relaxamento (North et al., 1998). Já um estudo de Mann e Chong (2004) recomenda uma abordagem interactiva através da utilização de vídeos e do computador. No nosso programa, iremos ter em conta todas as vantagens específicas a cada uma das abordagens passíveis a estes programas, de forma, a englobá-las de acordo com as características do nosso grupo, para assim, conseguir maximizar a eficácia do nosso programa.

Relativamente às características do grupo pretendidas para o nosso programa, como já referimos queremos que sejam utentes com primeiro surto psicótico, uma vez que a literatura recomenda que a intervenção seja implementada logo após a estabilização da condição clínica do indivíduo que tenha tido o primeiro surto psicótico (Malla et al., 2002). Apesar de esta ser uma população jovem, inexperiente e que facilmente abandona tratamento, é importante por estas razões, sensibilizá-los de imediato sobre esta fase de readaptação para evitar novas recaídas e permitir ao jovem, reintegrar-se com o máximo de funcionalidade na comunidade (Meijel et al., 2004). Merinder (2000) ainda refere que o fato

de a população ser jovem, facilita na assimilação da informação e como tal, permite resultados mais rápidos e positivos no processo de recuperação.

A psicoeducação pode ser considerada como uma estratégia de insight na terapia dirigida a pacientes com psicose, tendo sido o nosso objectivo principal nesta investigação oferecer essa relevância estratégica à psicoeducação como metodologia eficaz na optimização dos resultados obtidos em pacientes com psicose aquando a sua aplicação em contexto de modalidade de tratamento paralelo. Através dos dados vinculados aos elementos que caracterizam as respostas obtidas por inquérito e entrevista aplicadas às nossas amostras, resulta evidente que a psicoeducação é um meio de tratamento desejável, por ambas partes envolvidas no cenário do tratamento das doenças mentais, apesar de se percepçionar nestes resultados que esta técnica terapêutica permanece ainda um campo blindado no conhecimento geral dos intervenientes desta dinâmica operacional existente no âmbito do tratamento da psicose. Os resultados que obtivemos de uma forma geral, são condizentes com as teorias apresentadas, contudo, devemos ressaltar que uma das limitações que podemos apontar na nossa investigação se prende com o número reduzido de participantes na amostra. Este nosso trabalho, pretende assim oferecer uma maior visibilidade dos benefícios da psicoeducação e estimular a sua aplicação num futuro próximo de modo permanente e legitimado pelas consistências das evidências científicas que se verificam actualmente na descrição da psicoeducação como metodologia pró-activa no tratamento eficaz dos pacientes com psicose.

Tendo em conta os resultados obtidos, apresentamos seguidamente uma proposta de programa psicoeducativo.

CAPÍTULO III
PROPOSTA DE PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

Nesta terceira e última parte do trabalho iremos apresentar todos os aspectos relacionados com a construção do programa psicoeducativo. Trata-se provavelmente da parte mais importante de toda a nossa pesquisa, já que procuraremos mobilizar e articular os conteúdos descritos na primeira parte (enquadramento teórico) com as conclusões obtidas na segunda parte (caracterização das respostas dos inquiridos) de forma a constituirmos o programa que futuramente queremos implementar. Apresentaremos neste capítulo, o percurso que efectuamos até encontrarmos a versão actual do programa psicoeducativo, fundamentando e clarificando as diversas opções tomadas e os pressupostos que lhe estão subjacentes. Descreveremos a forma encontrada para o operacionalizar, referindo nesse sentido todas as metodologias, técnicas e instrumentos que devem ser utilizados neste programa.

1. Fundamentação

A forma como se conceptualizam as doenças mentais e como se organizam e implementam as respostas para melhorar a qualidade de vida e promover a inserção social das pessoas que dela padecem, foram sendo alteradas ao longo dos tempos, em função das contingências de cada época (OMS, 2001). A análise por nós efectuada sobre as evoluções verificadas até à constituição do actual quadro nosológico da psicose e do desenvolvimento operado no sistema de prestação cuidados, sobretudo ao nível das intervenções psicoeducativas, mostra o quanto nos distanciamos das primeiras conceptualizações acerca deste fenómeno e das respostas então encontradas para lhe fazer face. Só há cerca de 30 anos atrás é que se começaram a evidenciar as primeiras abordagens integradas no tratamento da psicose. Actualmente há consenso, entre investigadores e clínicos, de que o tratamento farmacológico é necessário porém insuficiente para o tratamento desta perturbação, tendo sido evidenciado em inúmeras investigações que a multidisciplinariedade e a complementariedade das intervenções potenciam a capacidade de recuperação dos doentes e exibem rácios de recaída significativamente menores do que abordagens isoladas (Sevillano, 2007).

Os avanços terapêuticos dos últimos anos provocaram acentuadas metamorfoses nos quadros clínicos e assistimos hoje a novas formas de intervenção, entre as quais se incluem as abordagens psicoeducativas. Propusemo-nos realizar uma revisão bibliográfica com o objectivo de reunir e sintetizar os principais resultados dos trabalhos de investigação disponíveis na área, sobretudo a nível internacional, que fundamentam os consensos actuais

acerca das intervenções psicoeducativas em sujeitos com psicose, de forma a identificarmos os princípios e valores que devem orientar a concepção de um programa psicoeducativo.

Apesar de muita investigação se ter produzido neste campo e de vários programas terem sido desenvolvidos, são ainda poucos os estudos que focam especificamente a intervenção em primeiros surtos psicóticos – apesar de reconhecerem a importância do acompanhamento dos indivíduos logo após o primeiro surto, sendo que não encontramos, em Portugal, nenhum programa dirigido especialmente a esta população. Além disso, os programas existentes parecem não ser suficientemente adequados e ajustados às necessidades e expectativas actuais dos pacientes, pouco adaptados às exigências das sociedades actuais e às próprias vivências desta condição de saúde na contemporaneidade. Acresce a importância destes programas reflectirem as novas tendências no que reporta à utilização de tecnologias nas abordagens reabilitativas, bem como nos processos de ensino e aprendizagem, que lhes confirmem maior flexibilidade, envolvimento, dinamismo e personalização de processos e consequentemente maior eficiência (Brito, 2005).

Através dos resultados obtidos no nosso estudo, resultou evidente que a psicoeducação é uma intervenção desejável, apesar de se percepcionar que esta técnica terapêutica permanece ainda um campo blindado no conhecimento geral dos intervenientes no âmbito do tratamento da psicose. Além disso, as metodologias utilizadas actualmente nos programas existentes não parecem promover grandemente a adesão ao tratamento e a capacidade de motivação e empowerment para a mudança nos doentes (National Institute for Health and Clinical Excellence Guidelines, 2009). Assim, ao elaborarmos o nosso programa (assente nas novas tecnologias e no B-Learning) tentámos apresentar uma forma inovadora de perspectivar os actuais princípios e valores dos programas psicoeducativos, capaz de proporcionar novas oportunidades de acesso à informação e motivar os participantes para assumirem um papel mais activo no seu processo de recuperação. A nossa motivação organiza-se fundamentalmente em torno do facto de pretendemos contribuir com uma ferramenta de trabalho para os profissionais de saúde, que permita uma maior disseminação dos actuais princípios e valores da reabilitação, evidenciando a sua importância para a fundamentação dos processos de tratamento e por conseguinte para a sua afirmação e aplicação no campo de intervenção.

Iremos de seguida, apresentar a finalidade para a qual o programa foi construído, referindo os pressupostos que lhe estão subjacentes e que constituem as linhas reguladoras da sua aplicabilidade.

2. Pressupostos do programa psicoeducativo

O programa resulta do conhecimento produzido por diferentes profissionais e investigadores através da implementação ao longo dos tempos de vários programas de intervenção em contextos distintos e da experiência e reflexão acumulada por nós enquanto profissionais da reabilitação psiquiátrica. Os valores e princípios a seguir apresentados e que aqui se organizam e articulam para constituir e responder à finalidade deste programa, reflectem a forma como entendemos e conceptualizamos a reabilitação de pessoas com doença mental e a implementação de programas psicoeducativos, ajustados à realidade actual da nossa sociedade e às práticas mais avançadas no contexto da saúde e educação de adultos. Estes pressupostos sofrem ainda a influência do National Institute for Health and Clinical Excellence Guidelines (2009) e do Training Grid Outlining Best Practices for Recovery and Improved Outcomes for People with Serious Mental Illness (2004). Estes *guidelines*, em termos gerais contêm os princípios orientadores onde assentam a estratégia, as intervenções, os comportamentos e as atitudes a adoptar nas práticas actuais de reabilitação, implementadas com o propósito de potenciar as capacidades funcionais das pessoas com doença mental.

Neste sentido, formulamos o nosso programa baseado nos seguintes princípios e valores: personalização e especificação de todos os procedimentos em função das necessidades da pessoa e dos requisitos do meio; participação activa das pessoas em todas as fases do processo de reabilitação e envolvimento na definição e gestão dos programas e serviços; envolvimento activo das famílias e outras figuras significativas no processo de reabilitação; apoio continuado e pelo tempo que o sujeito considere necessário, mesmo que transitoriamente potencie a dependência; e utilização da farmacoterapia como estratégia terapêutica necessária e complementar (Training grid outlining best practices for recovery and improved outcomes for people with serious mental illness, 2004; NICE, 2009).

Relativamente às estratégias que nos vão permitir atingir os objectivos propostos, podemos destacar: orientação do processo para a pessoa, desenvolvimento da funcionalidade, opção de escolha e envolvimento activo, orientação para os resultados, contexto específico de inserção e crença no potencial de recuperação, adequação dos conteúdos, de acordo com as necessidades e escolhas de cada pessoa; potencialização da aquisição de competências em cada área específica/desenvolvimento de competências e de recursos de suporte; oferecer ambiente afectivo e acolhedor, que funcione como suporte à capacidade do paciente para enfrentar factores externos ou internos; oferecer informação desde uma perspectiva prática e de uma maneira individualizada; providenciar informação estruturada e actualizada sobre a

natureza multidimensional da patologia; favorecer uma melhor compreensão acerca dos sintomas, de forma a ajudar a encontrar um modelo de condutas para a gestão desses sintomas, e consequente melhoria da adesão dos pacientes ao tratamento; oferecer orientações e estratégias na prevenção de recaídas; e estabelecer uma forte aliança terapêutica entre o profissional e o paciente (Training grid outlining best practices for recovery and improved outcomes for people with serious mental illness, 2004; NICE, 2009). Assim, o programa pretende desenvolver um espaço aberto à construção do conhecimento que fomente a introdução de modificações significativas ao funcionamento psicossocial dos indivíduos com psicose.

Segundo Grawe (cit. in Bäuml et al., 2006), os programas de psicoeducação assentam em três pressupostos fundamentais: a explicação da doença e do seu impacto no comportamento e vida do doente; o fornecimento de estratégias para lidar com as situações do quotidiano; e o processo de interacção doente-terapeuta e consequentemente, a relação que se estabelece entre ambos. Neste sentido, um dos pressupostos nucleares do nosso programa **é o esclarecimento acerca da própria doença**, com o objectivo de providenciar aos pacientes conhecimentos e competências sobre a sua condição clínica, para que a pessoa possa aprender a gerir a sua própria doença e a alcançar os benefícios que derivam da auto-gestão dos sintomas e responsabilidade no uso da medicação e adesão global ao tratamento. Pretende-se então, fundamentados pela literatura recente e pelos resultados obtidos no nosso estudo, providenciar aos utentes, conhecimentos sobre os sintomas de alerta de recaída e os sintomas persistentes, de modo a estimular a auto-análise acerca das próprias experiências, para que eles sejam capazes de seleccionar os sintomas pessoais que mais se evidenciam. É importante a consciência que cada utente tem dos seus sintomas, uma vez que lhes permitirá perceber como eles o afectam e quando podem indicar que uma recaída está iminente. Pretende-se também fornecer informação acerca da medicação antipsicótica, sobre os seus benefícios e possíveis efeitos secundários, enfatizando a sua necessidade e importância na prevenção de recaídas e na promoção da qualidade de vida e bem-estar. Pretende-se assim promover a compreensão sobre a necessidade do tratamento farmacológico e melhorar a adesão dos doentes face à toma e cumprimento estrito da medicação prescrita e de outras formas de terapêutica. Outro domínio informativo importante relaciona-se com a prevenção do consumo de drogas e álcool, alertando os indivíduos para os riscos inerentes ao consumo destas substâncias bem como para a importância de solicitarem ajuda sobre o assunto, ensinando-lhes estratégias de coping no sentido de conseguirem lidar com a tentação de consumir estas substâncias. Os exercícios sugeridos neste programa, são dirigidos para

demonstrar que existem mais desvantagens que vantagens no consumo das referidas substâncias e para a disponibilização e informação aos utentes de recursos comunitários existentes no sentido de obter mais informação relativa aos efeitos do consumo destas substâncias. A capacidade de cada indivíduo abordar este tipo de problemática com o seu médico ou qualquer outro membro da equipa de saúde é extremamente importante (Hui, 2009; Sevillano, 2007).

Nesse enquadramento, um outro pressuposto do nosso programa prende-se com a necessidade de se **enfatizar a importância e papel dos familiares, amigos e profissionais de saúde na recuperação da doença mental**, ajudando cada pessoa a identificar e ultrapassar as suas dificuldades e a descobrir potencialidades (Brito, 2005). Como vimos anteriormente, as investigações realçam também o papel da família na redução de recaídas e reinternamentos hospitalares, bem como na promoção da adesão aos tratamentos e no assumir de uma postura mais activa e responsável por parte do utente. A intervenção psicoeducacional provoca igualmente efeitos positivos a nível familiar, na medida em que ajuda a reduzir o stress e a carga emocional nos entes mais próximos dos doentes (Fadden, 1998). As abordagens psicoeducacionais possibilitam igualmente aos familiares a partilha de experiências, preocupações e dúvidas, com o acompanhamento de técnicos especializados (Gleeson, Larsen & McGorry, 2003).

Outro dos pressupostos distintivo do nosso programa relaciona-se com o método seleccionado para o interface entre terapeuta-utente, centrado na **mobilização das novas tecnologias como ferramenta de aprendizagem, com recurso ao b-learning**. Conforme referimos, as abordagens psicoeducacionais expandiram-se para o domínio da Internet, tendo-se verificado que o computador baseado no sistema de apoio à saúde do paciente, associado com sessões presenciais pode ser uma estratégia facilitadora da aprendizagem bastante promissora no processo de recuperação para pacientes psicóticos (MacDonald et al., 2004). Esta opção confere ao nosso programa algumas características que consideramos fundamentais tendo em consideração as especificidades da população alvo e os objectivos deste tipo de intervenções, relacionados com uma maior **flexibilidade de percursos**, ajustados às capacidades e perfil de cada sujeito; uma **maior participação activa e interactividade**, mais motivadora e facilitadora da integração de conteúdos, respondendo-se assim aos frequentes e característicos défices cognitivos desta população; **apoio continuado e personalizado** na aquisição dos conteúdos e competências; **realização das tarefas à distância**, prolongada por um período de tempo mais longo e em contextos diferentes, eventualmente fora do hospital e possivelmente em casa, facilitando-se a aprendizagem e a

sua generalização; **a realização de tarefas e a aquisição de competências de forma progressiva e continuada**, considerando as necessidades e perfil de cada utilizador; e a **articulação das sessões interactivas individuais com sessões de grupo**, facilitadoras da troca de experiências e da construção de rede social virtual e real (Granito, 2008; Lencastre & Chaves, 2005).

Uma aprendizagem mais individualizada pode assim ser mais facilmente implementada, respeitando o ritmo e o tempo de aprendizagem de cada um, mudando definitivamente o foco do profissional para o doente. Estes podem aceder aos conteúdos quantas vezes desejarem, procurar informações adicionais *on-line*, enviar perguntas, etc. Este processo de aprendizagem desenvolve a capacidade de pesquisa e de selecção da informação e assim promove a independência dos doentes (Granito, 2008; Lencastre & Chaves, 2005). Os doentes requerem também cada vez mais diferentes canais de aprendizagem, mais interactividade e mobilidade, cabendo portanto aos profissionais envolvidos, a busca por avanços que possibilitem maior facilidade em desenvolver a sua aprendizagem de forma ampla, e de acordo com as expectativas e interesses individuais, ou seja, sem a restrição de horários e ambientes limitativos (Lima e Capitão 2003; MacDonald et al., 2004).

No que diz respeito à interacção utente-profissional, convém esclarecer que o B-learning suportado pelas novas tecnologias não pretende substituir os técnicos especializados, mas antes transformá-los num facilitador de aprendizagem, uma vez que a aprendizagem, como vimos, é centrada no doente, pelo que este deverá assumir uma atitude mais pró-activa, uma vez que os conteúdos (recursos de aprendizagem) se encontram sempre disponíveis e a ele cabe o controlo sobre estes. No entanto, não basta garantir a transmissão de conteúdos, é também necessário assegurar a interacção entre doente e profissional, de preferência em tempo real (MacDonald et al., 2004). As sessões deverão incluir uma vertente presencial e outra não presencial, pelo que desta forma o doente pode tirar todo o proveito das ferramentas e documentos multimédia que são colocadas *on-line* pelos profissionais, com a segurança e conforto de ter também, regularmente, o apoio presencial deste sempre que necessário (MacDonald et al., 2004). Em suma, a revolução tecnológica produziu uma geração de pessoas que cresceu em ambientes ricos de multimédia, com expectativas e visão de mundo diferente de gerações anteriores, portanto, a revisão das práticas psicoeducacionais é condição *sine qua non* para que possamos proporcionar-lhes acompanhamento adequado (Lima e Capitão 2003). Assim, todos os pressupostos referidos acima são orientadores do programa por nós desenvolvido e que a seguir descrevemos.

3. Descrição do Programa

Tendo abordado anteriormente os fundamentos e as motivações para o desenvolvimento do nosso programa, bem como os pressupostos-chave onde assentam as suas intervenções e os objectivos a atingir com esta ferramenta, cabe-nos agora, neste ponto, descrever detalhadamente todos os passos e conteúdos, referindo também as metodologias, técnicas e instrumentos para a sua futura implementação.

O primeiro passo para a realização do nosso programa passou, antes de mais, pela análise pormenorizada de dois programas já existentes, nomeadamente o *Social Independent Living Skills*, desenvolvido em 1988, pelo Centro de Investigação Clínico para a Esquizofrenia e Reabilitação Psiquiátrica (University of California, Los Angeles) e o *Psychoeducation in Early Psychosis*, desenvolvido em 2004, pelo Centro de Prevenção e Intervenção na Psicose Inicial (Centro Orygen Youth Health, Melbourne). O primeiro é constituído por um módulo de gestão de sintomas (identificação de sinais de alerta de recaídas; gestão de sinais de alerta; lidar com sintomas residuais/persistentes; evitar álcool e drogas) e outro de gestão da medicação (obter informação; auto-gestão da medicação; identificar efeitos secundários; negociar questões relativas à medicação; medicação antipsicótica injectável) tentando dotar o utente de capacidades e competências de forma a torná-lo o mais independente possível. Tem periodicidade semanal, com duração total de 26 semanas (Rummel-Kluge et al., 2006). O segundo é constituído por onze sessões multimédia, cujos conteúdos programáticos passam pela abordagem das causas e tipos de psicose; do seu diagnóstico; do stress na perturbação; de alguns relatos reais; do consumo de substâncias ilícitas; do processo de recuperação; do papel da medicação; dos sintomas de recaída; e dos recursos na comunidade. Tem como principais objectivos a identificação precoce e o tratamento dos primeiros sintomas da patologia, a facilitação no acesso aos serviços de saúde, redução da frequência e gravidade das recaídas e a consequente deterioração social e laboral, bem como a redução da sobrecarga familiar, promovendo também assim o seu bem-estar.

Da análise destes dois programas resultou o entendimento de que estes não respondiam completamente aos perfis e necessidades actuais dos pacientes portugueses, pelo que seleccionámos de cada um, os conteúdos que nos pareciam mais adequados, adaptando-os para a construção do nosso próprio programa. O nosso programa assume como finalidade o desenvolvimento de um espaço aberto à construção do conhecimento e consequente aquisição de competências, que fomente a introdução de mudanças significativas ao

funcionamento psicossocial dos indivíduos com psicose, proporcionando maior ajustamento à sua condição e saúde e melhor bem-estar e qualidade de vida.

Assim, os seus objectivos gerais relacionam-se com a promoção do empowerment/participação activa no processo de recuperação; a integração de conhecimentos e a aquisição de competências de auto-gestão da doença; a promoção da adesão ao tratamento e à medicação; e a potencialização do uso das novas tecnologias.

Em termos gerais, o nosso programa estrutura-se em torno de uma natureza modular, orientada em função de dois tipos de abordagens: sessões de grupo presenciais e sessões multimédia interactivas realizadas à distância.

As sessões presenciais constituem-se em sessões de pequenos grupos (Anexo 3), onde são abordadas as temáticas determinadas no manual do participante para cada sessão, que permitam a integração de conhecimento, o treino de competências e a partilha de experiências pessoais.

As sessões multimédia integradas no Manual Digital (Anexo 4), construído com o suporte da Unidade de Novas Tecnologias da Educação, Serviço da Universidade Digital da Universidade do Porto, incluem conteúdos pedagógicos multimédia interactivos, integrados num ambiente inovador de aprendizagem, alojados na plataforma *moodle* de ensino à distância da Universidade do Porto, permitindo alargar o tempo de aprendizagem para fora da sala de aula e conceber percursos de aprendizagem diferenciados.

No total, o programa contém onze sessões presenciais e nove sessões multimédia, estruturadas em áreas de competências, nas quais iremos abordar as diferentes temáticas relativas à doença, nomeadamente, conhecimentos gerais sobre a psicose, esclarecimento sobre os sintomas de alerta de recaída e os sintomas persistentes, as respectivas estratégias de coping para lidar com esses sintomas, informação sobre a medicação e seus efeitos secundários, informação sobre álcool e drogas e formas de as evitar e informação sobre o processo de recuperação.

O manual das sessões presenciais é composto por seis passos denominados *actividades de aprendizagem*: introdução à área de competência (ajuda os utentes a perceberem quais os objectivos do módulo e da área de competência, bem como os passos necessários para atingir esses objectivos e quais os benefícios que daí advêm); visualização de vídeos e discussão (demonstra o correcto desempenho de determinada competência a ser aprendida); role-play (promove a prática das competências observadas durante a visualização do vídeo); gestão de recursos (ensina os utentes a determinar quais os recursos necessários para conseguir pôr em prática determinadas competências e como obtê-los);

resolução de problemas emergentes (promove aos utentes, a capacidade para ultrapassarem obstáculos e resolverem os problemas do dia-a-dia); *exercícios in vivo* (de modo a generalizarem as aprendizagens, é importante treinarem as competências em contexto real); e, trabalho de casa (dá aos pacientes a oportunidade de desempenhar as competências que aprenderam, de forma independente).

Relativamente às sessões multimédia, cada sessão contém o sumário e objectivos, ao qual o participante pode aceder, de forma a ter conhecimento sobre o conteúdo informativo dessa mesma sessão.

As sessões foram realizadas no programa Adobe Flash e estão organizadas sob a forma de um menu principal, que contém os diferentes sub-temas dessa sessão. O conteúdo informativo apresenta-se de uma forma multifacetada, através de animações (por exemplo, diálogo entre personagens), esquemas ilustrativos, caixas explicativas e visionamento de vídeos (por exemplo, relatos reais de utentes e profissionais de saúde) com o intuito de se promover maior motivação ao participante e potenciar o processo de ensino-aprendizagem. Dado o conteúdo das sessões ainda estar a ser concretizado, no Anexo 4 apresentamos apenas o exemplo de dois slides de uma das sessões.

No fim de cada sessão, o participante irá poder realizar exercícios interactivos que vão permitir ao formador avaliar e ajustar, se necessário, as sessões presenciais, mas também, avaliar se os participantes adquiriram ou não as competências pretendidas. Ao participante, os exercícios interactivos vão permitir exercitar competências de auto-análise relativamente aos conteúdos observados no desenvolvimento de uma sessão de ensino-aprendizagem.

Deste modo, numa primeira fase o participante irá ter acesso à sessão multimédia, na qual se pretende que este adquira os conhecimentos necessários inerentes aos objectivos do programa. Concomitantemente, existem as sessões presenciais que serão realizadas após a respectiva sessão multimédia, como forma de permitir ao formando consolidar os conhecimentos adquiridos nas sessões interactivas.

O programa assume como principais destinatários sujeitos com diagnóstico de psicose, numa fase inicial da doença (até doze meses), organizados em grupos de no máximo dez participantes. Estes grupos deverão funcionar em regime fechado, de forma a facilitar o desenvolvimento e coesão do grupo e a aquisição progressiva de competências. O programa, pelo tipo de metodologias e objectivos, não se adequa a pessoas que requeiram tratamento específico para desintoxicação de álcool ou drogas bem como os que possuam

nível cognitivo muito baixo. Podem fazer parte dos grupos, utentes internados ou em regime ambulatorio, desde que cumpram os requisitos necessários à integração do programa.

Estima-se que o período de tempo total necessário à aplicação do programa seja de onze semanas. Contudo este período é flexível e deve ser devidamente adaptado de acordo com a frequência e duração de cada sessão, assim como a capacidade dos utentes para atingirem os objectivos determinados. As sessões devem ter uma periodicidade semanal e a realização de cada uma não deverá ultrapassar os noventa minutos, de forma a facilitar o processo de aprendizagem e prevenir fadiga e desmobilização.

Todos estes procedimentos devem ser considerados e implementados neste programa, de uma forma lógica e temporalmente definida para que a finalidade possa ser atingida.

Por conseguinte, para uma rigorosa operacionalização do programa desenvolvemos e seleccionamos diferentes instrumentos, nomeadamente, formulários, questionários e escalas de avaliação, planos e relatórios de sessão dos módulos de formação, entre outros, que nos irá permitir analisar as características sócio-demográficas dos formandos, identificar o impacto mais global do programa na vida destes e avaliar de forma contínua, se os conteúdos de cada área de competência foram adquiridos.

Assim, para realizarmos uma análise sócio-demográfica, iremos utilizar um questionário sócio-demográfico, elaborado propositadamente para este estudo.

Para avaliarmos a eficiência do programa, iremos utilizar uma metodologia de pré e pós-teste (no inicio e fim do programa) constituída por vários instrumentos de avaliação, nomeadamente, **(1) Checklist de Progressos**, elaborado propositadamente para este estudo, de forma a avaliar se as pessoas adquiriram maior conhecimento sobre todas as problemáticas relacionadas com a psicose através do aumento ou diminuição do resultado final; **(2) Recovery Assessment Scale (RAS)**, desenvolvida por Corrigan (1999) e traduzida para a população portuguesa por Sousa, Marques, Queirós e Rocha (2008), permitindo verificar se há alteração em relação à percepção do participante relativamente ao seu processo de recuperação; **(3) Escala de Stress Percebido**, adaptada por Mota Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves e Ramos (2002), sendo a escala original de Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983). Esta escala é constituída por 14 itens e avalia quais as situações/acontecimentos de vida que são consideradas pela própria pessoa, como stressantes na última semana, sendo cada item cotado numa escala de cinco pontos (que vai desde “nunca”, 1, até “com muita frequência”, 5); **(4) Brief COPE** desenvolvido por Carver (1997) e adaptado para a população portuguesa por Ribeiro e Rodrigues (2004), permitindo avaliar as competências de coping dos participantes. O questionário é constituído por 14

sub-escalas com dois itens cada, denominadas: Coping activo; Planear; Utilizar suporte instrumental; Utilizar suporte emocional; Religião; Reinterpretação positiva; Auto-culpabilização; Aceitação; Expressão de sentimentos; Negação; Auto distração; Desinvestimento comportamental; Uso de substâncias e Humor. A nossa investigação pretende incidir no coping enquanto estado.

Iremos igualmente avaliar de forma contínua, o desempenho do participante, através dos exercícios interactivos das sessões multimédia. Cada sessão multimédia, contém exercícios de Verdadeiro e Falso com um máximo de dez perguntas, que nos permite aferir se o participante compreendeu ou não sobre a informação cedida na sessão multimédia. Iremos ainda, avaliar a capacidade de resposta dos utentes através dos roleplays, preenchimento das fichas e trabalho de casa, de forma a se verificar se os conteúdos de cada área de competência foram adquiridos e se o participante já pode prosseguir para o módulo seguinte, ou se é necessário, se implementarem sessões individualizadas de formação para colmatar algumas fragilidades que a pessoa possa ainda apresentar no desempenho da área de competência.

Assim, e depois de aplicados todos os instrumentos de avaliação deve-se tratar a informação obtida, promover a reflexão em equipa sobre as opções a tomar e efectuar um relatório comparativo da evolução da pessoa, por forma, a se decidir qual o próximo passo no processo de recuperação do formando.

Em suma, os pressupostos apresentados são congruentes com as principais componentes distintivas do programa, que visa principalmente, a utilização deste como uma ferramenta eficiente de construção sobre a conceptualização da psicose, enquanto doença, mas numa lógica de ensino/aprendizagem e de desenvolvimento pessoal. A nosso ver o aumento do conhecimento e aquisição de competências de gestão da doença permitirão uma maior adaptabilidade a esta condição e concomitantemente mais funcionalidade e bem-estar a estas pessoas.

CONCLUSÕES

Apesar de muito ter ficado por dizer e analisar, pensamos ter atingido o objectivo a que nos propusemos: conhecer a perspectiva de utentes e técnicos para depois construir um programa psicoeducativo para indivíduos com primeiro surto psicótico, a partir da caracterização teórica e empírica do estado actual deste campo de intervenção, sobretudo em Portugal.

Através de uma exploração teórica conceptualizamos duas grandes problemáticas (Psicose e Psicoeducação) e foi possível identificar as características e as necessidades específicas à psicoeducação, da população recorrente aos programas de reabilitação psiquiátrica (psicose) e dos profissionais que trabalham directamente com esta população, predispostos a ajustarem o seu trabalho às exigências e necessidades impostas pelos contextos de inserção das pessoas com incapacidade psiquiátrica. A psicose caracterizada como uma perturbação mental complexa e multifactorial, afecta significativamente a vida das pessoas que dela padecem e seus familiares, ao nível da autonomia, inserção social e qualidade de vida. Muitos destes défices e dificuldades no desempenho funcional derivantes destas causas, possuem uma natureza psicossocial, porém, os tratamentos psiquiátricos e farmacológicos têm-se mostrado insuficientes e ineficientes na resposta a estas problemáticas.

Desta forma e de acordo com a revisão bibliográfica efectuada, sabemos que a psicoeducação como modelo terapêutico e prática frequente no meio institucional, potencializa os resultados terapêuticos na medida em que estes passam a ter maior conhecimento da patologia do paciente, aprendem a gerir crises e a lidar com situações diárias de forma mais adequada, isto é, contribuindo com o tratamento do paciente. O treino de habilidades para o desenvolvimento de estratégias de coping da psicose, a aprendizagem de detecção de sinais iniciais e informações sobre a patologia e seu curso constituem também, outros dos objectivos primordiais da psicoeducação no tratamento coadjuvante da psicose. Através desta modalidade de intervenção é possível reduzir o número de internamentos hospitalares, muitas vezes realizados de modo compulsivo, potencializando o papel social do paciente e promovendo um aumento de sua qualidade de vida.

Seguindo esta linha de raciocínio, a nossa proposta de trabalho é precisamente fomentar esta dialéctica, de forma a neutralizar os efeitos negativos da ausência de programas psicoeducativos nos serviços de saúde mental, partindo do pressuposto de que a incorporação da psicoeducação como elemento estruturante e também desejável por todos os parceiros do conjunto resulte na produção de modificações e transformações na forma como

se leva a cabo o processo de reabilitação e re-socialização dos pacientes diagnosticados com psicose (Garrison & Anderson, 2005).

Nesta investigação pudemos verificar que existe boa aceitação por parte dos utentes e técnicos de Saúde Mental relativamente aos programas psicoducativos, existindo o devido reconhecimento quanto às vantagens e importância da implementação destes programas nos serviços da área de Saúde Mental. Porém, verifica-se alguma relutância na inclusão das novas tecnologias no processo de recuperação dos utentes, por parte dos técnicos, uma vez que estes consideram difícil a acessibilidade e a utilização do computador por parte destes. A análise destes indicadores permite-nos identificar até que ponto as práticas de reabilitação implementadas em Portugal são congruentes com os objectivos, valores e princípios da Reabilitação Psicossocial das pessoas com incapacidade psiquiátrica e permite-nos identificar até que ponto, os programas de reabilitação respondem às necessidades, motivações e expectativas dos utentes e familiares. Contrapondo estes resultados, verifica-se na sub-amostra dos doze utentes, que estes não só consideram fácil a acessibilidade e utilização do computador, como também o elegem como um método facilitador na adesão aos programas psicoeducativos. Porém, verifica-se alguma carência de informação e esclarecimento acerca desta problemática e da própria doença, sendo esta a razão predominante que os leva a considerar a sua participação nestes programas.

Assim, urge que em Portugal se efectuem de forma sistematizada, estudos epidemiológicos que ajudem a harmonizar as práticas de intervenção psiquiátrica, de forma a ultrapassar dificuldades de implementação das políticas regulamentadas. Urge ainda a necessidade de sensibilizar todas as que de alguma forma lidam com pessoas que padecem de doença mental para a obrigatoriedade de avançar e enfrentar as mudanças de forma positiva, sem recear o que delas poderá advir, tendo sempre em mente que o nosso propósito é o de ouvir os utilizadores destes serviços.

Nesta investigação permaneceu insatisfatória esta falta de continuidade no atendimento aos pacientes pelos técnicos de Saúde Mental, o que se justifica pela própria estrutura do actual currículo e pelo carácter pontual dessa intervenção a título de investigação experimental. A necessidade desse seguimento talvez pudesse ser solucionada pela introdução de conteúdos de Diagnóstico Precoce em Saúde Mental, numa proposta metodológica teórico-prática interdisciplinar, integrada ou interdepartamental, que fosse sequenciada num mesmo local ou cenário de prática, como, por exemplo, incluída de forma mais permanente nos serviços de reabilitação psicossocial dos hospitais de saúde mental.

Em forma de conclusão final, este trabalho foi realizado com o intuito de dinamizar a valorização da psicoeducação como metodologia de tratamento em pacientes com o primeiro surto psicótico, oferecendo por via dos resultados obtidos uma melhor assimilação dos seus efeitos e posterior generalização de réplicas futuras a serem implementadas no sistema nacional de saúde, onde se oferece tratamento a esta tipologia de pacientes. É nossa intenção que esse contributo permaneça válido e actualizado em todas as envolventes que constituem o panorama do tratamento da doença mental em Portugal, e que a partir desta visualização se possam introduzir melhorias significativas de modo sistemático de forma a facilitar um conjunto de medidas de tratamento auxiliares eficazes aos pacientes com doença mental. Pretendemos que a Psicoeducação possa representar um eixo compreensivo e validado como alternativa mediática e realmente eficaz de um modo geral na melhoria da qualidade de vida de todos os elementos envolvidos neste domínio. Alertar para essa consciencialização será talvez o maior contributo que este trabalho revela no contexto global.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addington, J., Leriger, E., & Addington, D. (2003). Symptom outcome one year after admission to an early psychosis program. *Canadian journal psychiatry*, 48, 204-207.
- Agara, A. J., & Onibi, O. E. (2007). Effects of group psychoeducation (GPE) on compliance with scheduled clinic appointments in a neuro-psychiatric Hospital in Southwest Nigeria: a randomised control trial (RCT). *Annals Academy of Medicine Singapore*, 36 (4), 272-276.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2002). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*, 159 (1), 41-50.
- Andrade, A. C. F. (1999). Abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (6), 1-8.
- Angst, F., Stassen, H. H., Clayton, P. J. & Angst, J. (2002). Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *Journal of Affective Disorders*, 68 (2), 167-81.
- Anthony, W. et al. (1984). Psychiatric Rehabilitation. *The Chronic Mental Patient Five years later*. Orlando: Grune & Stratton.
- Ballone, G. J. (2003). Psicose na Adolescência. Psiqweb – Psiquiatria Geral. Acedido em Junho de 2009, em <http://gballone.sites.uol.com.br/infantil/adolesc5.html>.
- Ballone, G. J., Moura E. C. (2004). Psicose na Adolescência. PsiqWeb- Psiquiatria Geral. Acedido 6/2009, em <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=58&sec=20>.
- Baños, R. M., Botella, C., & Perpiñá, C. (1999). Virtual Reality and Psychopathology. *Cyberpsychology and Behavior*, 2 (4), 283-292.
- Baños, R. M., Botella, C., García-Palacios, A., Villa, H., Perpiñá, C., & Gallardo, M. (1999). Psychological variables and reality judgment in virtual environments: the role of absorption and dissociation. *Cyberpsychology and Behavior*, (2), 135-142.
- Basan, A., Pitschel-Walz, G., & Baulm, J. (2000). Psychoeducational intervention for schizophrenic patients and subsequent long-term ambulatory care – a four year follow-up. *Fortschritte der neurologie-psychiatrie*, 68 (12), 537-545.
- Basco, M. R. & Rush, A. J. (2005). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Bateman, A., & Fogany, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.

- Bäumel, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz G. (2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1), 51-59.
- Baum, J., Pitschel-Walz, G., Bender, W., Engerl, R. R., Wagner, M., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich psychosis information project study. *The journal of clinical psychiatry*, 67 (3), 443-452.
- Bäumel, J. et al. (2006). Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1), 1-9.
- Baum, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Engel, R. R., & Kissling, W. (2007). Psychoeducation in schizophrenia: seven-year follow-up concerning rehospitalisation and days in hospital in the Munich psychosis information project study. *The journal of clinical psychiatry*, 68 (6), 854-861.
- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2005). Cognitive Approaches to Schizophrenia: Theory And Practice. *Annual. Revista. Clinica. Psychoogial*, (1), 577-606.
- Belloch, A., Baños, R. M., & Perpiñá, C. (1991). Schizophrenia and automatic processing: an exploratory study. *Perceptual and Motor Skills*, 73, 31-37.
- Brito, M.L.S. (2005). *Intervenções psicoeducativas para famílias de pessoas com Esquizofrenia*. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Callahan, M. A. & Bauer, M. S. (1999). Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 22, 675-88.
- Caminha, R., Wainer, R., Oliveira, M. & Piccoloto, N. (2003). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Teoria e Prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cartwright, M. E. (2007). Psychoeducation among caregivers of children receiving mental health services. Tese de doutoramento em Filosofia. Acedido 1/2010 em http://etd.ohiolink.edu/send.pdf.cgi/Cartwright%20Mark.pdf?acc_num=osu1187029938.
- Carvalho, N. R. (2006). *Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos a partir de pacientes e familiares*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Brasília: Universidade de Brasília.
- Colledge, A., Car, J., & Majeed, A. (2008). Interventions for enhancing the skills of consumers to find, evaluate and use online health information. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-15.

- Colom, F., & Lam, D. (2005). Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. *European Psychiatry*, 20, 359-64.
- Colom, F., & Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (3), 47-50.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre A., et. al. (2003). A Randomized Trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., et al.(2004). A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 480-486.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Reinares, M., et al. (2004). Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disorders*, 6, 294-298.
- Conus, P., Cotton, S., Schimmelmann, B. G., McGorry, P. D., & Lambert, M. (2007). The first-Episode psychosis outcome study: premorbid and baseline characteristics of an epidemiological cohort of 661 first-episode psychosis patients. *Early Intervention in Psychiatry*, 1, 191-200.
- Cordeiro, E. H. (2009). A globalização das doenças mentais. Acedido em Novembro de 2009, em <http://www.polbr.med.br/ano09/fran0809.php>
- Dorin, L. (2004). Psicoses. Acedido em Junho de 2009, em <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/11423>.
- Dowla, V. (1997). Response of schizophrenia clients to a computer-based recreational activity. *Dissertation abstracts international*, 58 (5), 2670.
- Ehmann, T., & Yager, J. (2004). Early psychosis: a review of the treatment literature. *Children's mental health policy research program*, 1 (7), 1-52.
- Fadden, G. (1998). Research update: psychoeducational family interventions. *Journal of Family Therapy*, 293-309.
- Falloon, I. R. H. (2005). Research on family interventions for mental disorders: problems and perspectives. *Families and Mental Disorders*, 235-257.
- Falloon, I. R. H., Liberman, R. P., Lillie, F. et al. (1981). Family therapy with schizophrenics at high risk of relapse. *Family Process*, 20, 211-221.

- Feldmann, R., Hornung, W. P., Prein, B., Buchkremer, G., & Arolt, V. (2002). Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 252, 115-119.
- Fernandes, J. C. (2002). *DSM-IV-TR : manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais / American Psychiatric Association*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fountoulakis, K. N., & Vieta, E. (2008). Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 11, 999-1029.
- Franco, M. A., Orihuela, T., Bueno, Y., Gómez, P., & González, D. (2000). Computers for memory training: a new way to the early intervention in dementia. *Journal of Dementia Care*, 8 (5), 14-16.
- Franco, M. A., Orihuela, T., Bueno, Y., & Conde, R. (2000). Programa Grador. Rehabilitación cognitiva por ordenador. *Actas Congreso Iberoamericano IBERDISCAP*, 439-442.
- Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R. E., Loyzaga, C., Anaya, M. G., & Gutierrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: resultados preliminares. *Salud Mental*, 24 (4), 36-40.
- Frey, B. N., Andreazza, A. C., Kunz, M., Gomes, F., Quevedo, J., Salvador, M., et al. (2007). Increased oxidative stress and DNA damage in bipolar disorder: a twin-case report. *Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 31, 283-5.
- Glick, I. D. et al. (1994). Effectiveness in psychiatric care III: psychoeducation and outcome for patients with major effective disorder and their families. *British Journal of Psychiatry*, 164, 104-106.
- Gonçalves-Pereira M. et al., (2006). Intervenções Familiares na esquizofrenia. dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 1-8.
- Gonzalez-Pinto, A., Gonzalez, C., Enjuto, S., Corres, B.F., Lopez, P., Palomo, J., et al. (2004). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (2), 83-90.
- Goodwin, F. K. & Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*. New York: Oxford University Press.
- Gould, M. (2008). E-Learning programs in higher education. *Research Starters*, 1-7.
- Granito, R. A. N. (2008). *Educação à distância e estilos de aprendizagem: elaboração de um protocolo de qualidade para ambientes virtuais de ensino*. Tese de Doutorado em Administração de Organizações. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.

- Hayashi, N., Yamashina, M., Igarashi, Y., & Kazamatsuri, H. (2001). Improvement of patient toward treatment among inpatientes with schizophrenia and its related factores: controlled study of a psychological approach. *Comprehensive psychiatry*, 42(3), 240-246.
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D., et al. (1991). Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives General Psychiatry*, 48, 340–347.
- Hornung, W. P., Kieserg, A., Feldmann, R., & Buchkremer, G. (1996). Psychoeducational training for schizophrenic patients background, procedure ans empirical findings. *Patient education and counseling*, 29 (3), 257-268.
- Hornung, W. P., Northoff-Helling, U., Vogel-Helleberg, P., & Feldmann, R. (2000). Early rehabilitation for schizophrenic in-patients. A pilot study of a combined psychoeducational-psychotherapeutic group therapy program. *Krankenhauspsychiatrie*, 11(2), 44-48 (abstract).
- Hui, C. M. L. (2009). *Predictors of relapse in first-episode schizophrenia and related psychosis*. Dissertação de Doutoramento em Filosofia. Hong-Kong: University of Hong-Kong.
- Huxley, N. A, Parikh, S. V. & Baldessarini, R. J. (2000). Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 8 (3), 126-40.
- Jacobs, M. K., Christensen, A., Snibbe, J. R., Dolezal-Wood, S., Huber, A. & Polterok, A. (2001). A comparison of computer-based versus traditional individual psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32 (1), 92-96.
- Judd, L. L. & Akiskal, H. S. (2003). The Prevalence and Disability of Bipolar Spectrum Disorders in the Usa Population: Re-Analysis of the Eca Database Taking into Account Subthreshold Cases. *Journal of Affective Disorders*, 73, 123-31.
- Justo, L. P. & Calil, H. M. (2004). Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, (2), 91-99.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Keshavan, M. S. & Schooler, N. R. (1997) First-episode studies of schizophrenia: criteria and characterization. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 491 –513.

- Knapp, P. & Isolan, L. (2005). Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, (1), 98-104.
- Leal, M. I., Sales, R., Ibáñez, E., Giner J., & Leal, C. (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Españolas Psiquiatria*. 36(2), 63-69.
- Lencastre, J. A., & Chaves, J. H. (2005). O b-learning como metodologia de aprendizagem: um estudo para a sua utilização na disciplina de tecnologia educativa. *Actas do VIII Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia*, 2673-2684.
- Lieberman, R. P., Wallace, C. J., Falloon, I. R. H. et al. (1981). Interpersonal problem solving for schizophrenics and their families. *Comprehensive Psychiatry*, 22, 627-630.
- Lieberman, D. B., & Liberman, R. P. (2003). Involving families in rehabilitation through behavioral family management. *Psychiatric Services*, 54, 633-635.
- Lima, J. R., & Capitão, Z. (2003). *E-learning e e-conteúdos*. Lisboa: Centro Atlântico.
- Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96, 232-245.
- Lopes, J. L. (2001). A Psiquiatria na época de Freud: evolução do conceito de psicose em psiquiatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (1), 28-33.
- Love, R. C. (2002). Strategies for increasing treatment compliance: the role of long-acting antipsychotics. *American Journal Health-System Pharmacists*, 59 (8).
- MacDonald, C. J., Stodel, E. J., & Coulson, I. (2004). Planning an E-learning dementia program for healthcare teams in long-term care facilities: the learner's perspectives. *Educational Gerontology*, 30, 845-864.
- Macdonald, E. M., Pica, S., Mcdonald, S., Hayes, R., & Baglioni, A. J. (1998). Stress and coping in early psychosis. *British journal of psychiatry*, 172 (33), 122-127.
- Malla, A. K., Norman, R. M., Manchada, R., Mclean, T. S., Harrichan, R., Cortese, L., Townsend, L. A., & Scholten, D. J. (2002). Status of patients with first-episode psychosis after one year of phase specific community-oriented treatment. *Psychiatric services*, 53 (4), 458-463.
- Mann, S. K., & Chong, B. B. W. (2004). Symptoms coping program. *Psychiatric services*, 71-82.
- Marques, A. J. P. (2007). *Modelo integrado de desenvolvimento pessoal: Um modelo de reabilitação psicossocial para pessoas com incapacidades psiquiátricas*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde. Porto: F.P.C.E.U.P.

- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (2), 223-245.
- McKenna K., Gordon C. T., Rapoport J. L. (1994). Childhood - onset schizophrenia: timely neurobiological research. *Journal American Academy Child Adolesc Psychiatry*, 33(6), 771-781.
- Meijel, B. V., Gaag, M. V., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. (2002). The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study - part 1. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 347-355.
- Meijel, B. V., Gaag, M. V., Sylvain, R. K., & Grypdonck, M. H. F. (2004). Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: a review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 107-116.
- Menezes, N. M., & Milovan, E. (2000). First-Episode Psychosis: A Comparative Review of Diagnostic Evolution and Predictive Variables in Adolescents Versus Adults. *Canadian Journal of Psychiatry*. Acedido em Junho de 2009, em <http://ww1.cpa-apc.org:8080/Publications/Archives/CJP/2000/Oct/Episode.asp>
- Merinder, L. B., Viuff, A. G., Laugesen, H. D., Clemmensen, K., Misfelt, S., & Espesen, B. (1999). Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding effectiveness. *Social & psychiatric epidemiology*, 34 (6), 287-295.
- Mohiuddin, A. (2002). Computer-facilitated dialogue with patients who have schizophrenia. *Psychiatric services*, 53 (1), 99-100.
- Mohiuddin, A., Franz, B., & Boisvert, C. M. (1997). Computer-facilitated therapy for inpatients with schizophrenia. *Psychiatric services*, 48 (10), 1334-1335.
- Morriss, R., Dowrick, C., & Salmon, P. (2007). Cluster randomised controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 536-542.
- Morriss, H. R., Lees, A. J., Wood, N. W. (1999). Neurofibrillary tangle parkinsonian disorders—tau pathology and tau genetics. *Mov Disorders*, 731–736.
- Morselli, P. L, Elgie, R., et al. (2002). GAMIAN-Europe/ BEAM survey: information on current and past treatment of bipolar disorder generated by a patient questionnaire. *Bipolar Disorders*, 4 (1), 131-135.

- Morselli, P. L., & Elgie, R. (2002). Social functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations - a review. *Archives Gen Psychiatry*, 59, 530-537.
- Mota Cardoso, C. (2002). *Os caminhos da esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, W. D., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., et al. (2002). Illness Management and Recovery: A Review of the Research. *Psychiatric Services*, 53, 1272-1284.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*. Acedido em Janeiro de 2010, em <http://www.nice.org.uk/pdf>.
- Neufeld, M. M. (2007). *Evaluating the structure, process and outcome of an early intervention in psychosis program: a case study of the Saskatoon health region*. Acedido em Janeiro de 2010, em <http://library2.usask.ca/theses/available/etd-09142007-181250/unrestricted/FINALNeufeldPhD2007.pdf>.
- North, C. S., Pollio, D. E., Sachar, B., Hong, B. Isenberg, K., & Bufe, G. (1998). A group Psychoeducation model for schizophrenia. *American journal of orthopsychiatry*, 68 (1), 39-45.
- Organização Mundial de Saúde Mental (2001). Relatório mundial de Saúde. Acedido em Janeiro de 2010, em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Peet, M., & Harvey, N. S. (1991). Lithium maintenance: a standard education program for patients. *British Journal of Psychiatry*, 158, 197-200.
- Perlick, D. A., Hohenstein, J. M., Clarkin, J. F., Kaczynski, R. & Rosenheck, R. A. (2005). Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disorders*, 7, 126–135.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R. et al. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*, 9, 262–273.
- Posner, C. M., W. M. S., Wilson K. G., Krai M. J., Lander, S., & McIlwraith (1992). Family Psychoeducational Support Groups in Schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiat*. 62(2), 208-218.
- Post, R. M., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Suppes, T., McElroy, S. L., Keck, P. E., et al. (2005). Preliminary observations on the effectiveness of levetiracetam in the open

- adjunctive treatment of refractory bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 6 (3), 370- 374.
- Pratt, S. I., Rosenberg S., Mueser K. T., Brancato, J., Salyers M., Jankowski M. K., & Descamps M. (2005). Evaluation of a PTSD psychoeducational program for psychiatric inpatients. *Journal of Mental Health*, 14(2), 121 – 127.
- Reichhart, T., Pitschel-Walz, G., Kissling, W., Baulm, J., Schuster, T., & Rummel-Kluge, C. (2010). Gender differences in patient and caregiver Psychoeducation for schizophrenia. *European psychiatry*, 25 (1), 39-46.
- Reinares, M., Colom, F., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Comes, M., et. al. (2008). Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disorders*, 10, 511-519.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Richard, R., & Tangney, B. (2008). An informal online learning community for student mental health at university: a preliminary investigation. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36 (1), 81-97.
- Roe, D., & Yanos, P. T. (2006). Psychoeducation for people with psychotic symptoms: moving beyond information and towards inspiration. *Institutional settings*, 53-55.
- Rotondi, A. J., Haas, G. L., Anderson, C. M., Newhill, C. E., Spring M. B., Ganguli, Gardener, W. B., & Rosenstock, J. B. (2005). A Clinical Trial to Test the Feasibility of a Telehealth Psychoeducational Intervention for Persons With Schizophrenia and Their Families: Intervention and 3-Month Findings. *Rehabilitation Psychology*, 50 (4), 325-336.
- Rouget, B. W., & Aubry, J. M. (2007). Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 98, 11–27.
- Rowston, W. (2002). Early psychosis intervention by a community mental health team. *Australian psychiatry*, 10 (3), 236-241.
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in Schizophrenia—Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (4), 765-775.
- Sadock, B. J. (2000). *Signs and Symptoms in Psychiatry - Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schaub, A., Behrendt, B., & Brenner, H. D. (1998). A multi-hospital evaluation of the medication and symptom management modules in Germany and Switzerland. *International review of psychiatry*, 10, 42-46.

- Schepp, K. G. (1992). A symptom management program for adolescents with psychotic illness: theoretical basis. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 5 (4), 7-12.
- Sevillano, C. P. (2007). Intervencion psicoterapeutica en la fase inicial de la esquizofrenia: diseño y desarrollo del programa PIPE. Acedido em Janeiro de 2010 em http://www.tesisenxarxa.net/Tesis_Ur/AVAILABLE/TDX-0116107-165547//PalmaSevillano.pdf
- Shimazu, A., Kawakami, N., Irimajiri, H., Sakamoto, M., & Amano, S. (2005). Effects of web-based psychoeducation on self-efficacy, problem solving behavior, stress responses and job satisfaction among workers: a controlled clinical trial. *Journal Occupational Health*, 47, 405-413.
- Shin, S., & Lukens, E. P. (2002). Effects of Psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatric services*, 53 (9), 1125-1131.
- Shon, K. H., & Park, S. S. (2002). Medication and symptom management education program for the rehabilitation of promoting schedule on self-efficacy theory. *Yonsei medical journal*, 43 (5), 579-589.
- Sibitz, I., Amering, M., Gossler, R., Unger, A., & Katschnig, H. (2007). Patient's perspectives on what works in psychoeducational groups for schizophrenia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42, 909-9015.
- Silva, R. G. B. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, 17 (4), 263-285.
- Simoneau, T. L., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., Saleem, R., & George, E. L. (1999). Bipolar Disorder and Family Communication: Effects of a Psychoeducational Treatment Program. *Journal of Abnormal Psychology*, 10(4), 588-597.
- Svanum, H. A., Rochford, S., Cisco, D., & Claveaux, A. (2001). Patient education about schizophrenia: initial expectations and later satisfaction. *Mental Health Nursing*, 22, 325-333.
- Tengan, S. K., & Maia, A. K. (2004). Functional psychosis in childhood and adolescence. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), 3-10.
- Training Grid Outlining Best Practices for Recovery and Improved Outcomes for People with Serious Mental Illness. (2004). Acedido em Janeiro de 2010 em <http://www.apa.org/practice/grid.html>.
- Ulloa, R. E., Apiquian, R., Fréсан. A., & Peña, F. (2000). Child and adolescent psychosis: a review of characteristics and treatment. *Salud Mental*, 23 (4), 1-9.

- Valimaki, M., Anttila, M., Hatonen, H., Koivunen, M., Jakobsson, T., Pitkanen, A., Herrala, J., & Kousmanen, L. (2008). Design and development process of patient-centered computer-based support system for patients with schizophrenia spectrum psychosis. *Informatics for Health & Social Care*, 33 (2), 113-123.
- Van Gent, E. M. (2000). Follow-up study of 3 years group therapy with lithium treatment. *Encephale*, 26, 76-70.
- Watkins, T. R., & Callicutt, J. W. (1997). *Mental Health Policy and Practice Today*. Acedido em Outubro de 2008 em books.google.pt.
- Wolfgang, T., Hasmann, A., Gallhofer, B., Schwerdtner, J., Guenter, B., & Dobmeier, M. (2008). Cognitive improvement of schizophrenia patients: enhancing cognition while enjoying computer-aided cognitive training. *Clinical schizophrenia & related psychoses*, 1 (4), 307-316.
- Wyatt, R. J., Henter, I., Leary, M. C. & Taylor, E. (1995). An economic evaluation of manic depressive illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 213-219.

Anexo 1: Questionário aos Técnicos

Este questionário destina-se a Técnicos e pretende recolher a sua opinião sobre psicoeducação através de e-learning em utentes com o primeiro surto psicótico. O e-learning é uma forma de aprendizagem interactiva com recurso a plataformas como por exemplo o Moodle, implicando que o formado tenha acesso à Internet e consulte informação ou faça exercícios disponibilizados nesse site específico.

Os dados recolhidos vão ser utilizados no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia (especialização na área de Psicologia da Saúde) a decorrer na F.P.C.E.U.P. realizada pela Terapeuta Ocupacional Joana.

Pedimos-lhe que escreva a sua resposta no espaço à frente de cada questão ou assinale a quadrícula com um X, mesmo que isso provoque modificações na formatação do texto. Depois por favor grave o ficheiro e por favor devolva para o endereço de mail através do qual recebeu o ficheiro. Os dados são confidenciais e serão tratados em grupo e não enquanto questionário individual.

Obrigado pela sua colaboração.

1. Profissão:

2. Anos de serviço:

3. Idade:

4. Sexo:

☐

Feminino

☐

Masculino

5. Tem acesso fácil a um computador?

☐

Sim

☐

Não

6. Possui conhecimentos de informática?

☐

Sim

☐

Não

7. Os seus conhecimentos são em que área?

<input type="checkbox"/>	Enquanto utilizador
<input type="checkbox"/>	Internet
<input type="checkbox"/>	Multimédia
<input type="checkbox"/>	Formação
<input type="checkbox"/>	E-Learning (formação através do computador como por exemplo plataforma Moodle)

8. Utiliza o computador para:

<input type="checkbox"/>	Diversão
<input type="checkbox"/>	Trabalho
<input type="checkbox"/>	Consultar a Internet
<input type="checkbox"/>	Receber ou dar formação
<input type="checkbox"/>	Outro. Qual?

9. Considera que a Psicoeducação deve ser uma das práticas clínicas adoptadas como estratégia nos serviços de saúde mental? Porquê?

10. Se respondeu sim, indique resumidamente que vantagens encontra para os utentes participarem em programas psicoeducativos. Se respondeu não, indique as desvantagens.

11. Na sua opinião, qual a adesão dos doentes com Psicose a programas de Psicoeducação?

12. Que aspectos considera que podem facilitar a adesão a estes programas?

13. Que aspectos considera que podem dificultar a adesão a estes programas?

14. Em que fase do tratamento ou estágio do diagnóstico considera que o programa deve ser aplicado?

15. Considera exequível a implementação de programas psicoeducativos no seu local de trabalho? Porquê?

16. Quais os conteúdos programáticos que considera mais relevantes num programa psicoeducativo para utentes com Psicose?

17. Como considera que poderiam ser usados esses conteúdos, por exemplo, quanto à frequência do programa, duração das sessões, metodologia, tipo de abordagens, etc?

18. Quais as vantagens que considera existir quando se realizam sessões psicoeducativas usando o computador?

19. Perante o comprometimento da realidade e da função cognitiva, considera que o computador é um facilitador num programa de Psicoeducação? Porquê?

20. Considera fácil a acessibilidade da Internet para o utente?

☐

Sim

☐

Não

21. Considera fácil a utilização da Internet pelo utente?

☐

Sim

☐

Não

22. Como se pode melhorar a utilização da Internet pelo utente?

23. Na sua opinião que outros meios/formatos podem complementar o programa Psicoeducativo de forma a facilitar a adesão por parte dos utentes?

Anexo 2: Guião de entrevista para os Utentes

Esta entrevista destina-se a utentes e pretende recolher a sua opinião sobre psico-educação através de e-learning em utentes com o primeiro surto psicótico. Os dados vão ser utilizados no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia (especialização na área de Psicologia da Saúde) a decorrer na F.P.C.E.U.P. Pedimos-lhe para responder e o entrevistador irá escrever a sua resposta no espaço à frente de cada questão ou assinalar a quadrícula com um X.

Obrigado pela sua colaboração.

1. Idade:

2. Sexo:

☐

Feminino

☐

Masculino

3. Considera importante saber tudo sobre a sua doença e como lidar com ela? Porquê?

4. Considera importante ter acesso a programas que lhe forneçam informação sobre a sua doença e sobre como lidar com ela? Porquê?

5. Aceitaria participar num desses programas? Porquê?

6. Quais os conteúdos programáticos que considera mais relevantes num programa psicoeducativo?

7. Como considera que poderiam ser usados esses conteúdos, por exemplo, quanto à frequência do programa, duração das sessões, método, etc?

8. Que aspectos considera que podem facilitar a adesão a estes programas?

9. Que aspectos considera que podem dificultar a adesão a estes programas?

10. Tem computador?

☐

Sim

☐

Não

11. Acha fácil utilizar um computador?

☐

Sim

☐

Não

12. Possui conhecimentos de informática?

☐

Sim

☐

Não

13. Os seus conhecimentos são em que área?

<input type="checkbox"/>	Enquanto utilizador
<input type="checkbox"/>	Internet
<input type="checkbox"/>	Multimédia
<input type="checkbox"/>	Formação
<input type="checkbox"/>	E-Learning

14. Utiliza o computador para:

<input type="checkbox"/>	Diversão
<input type="checkbox"/>	Trabalho
<input type="checkbox"/>	Consultar a Internet
<input type="checkbox"/>	Receber ou dar formação
<input type="checkbox"/>	Outro. Qual?

15. Quantas vezes por mês utiliza o computador?

16. Quais as vantagens que considera existir quando se realizam sessões psicoeducativas usando o computador?

Anexo 3: Planificação das Sessões Presenciais

Planificação das Sessões			
Sessão	Objectivos	Actividades	Materiais
Sessão 1 - Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolvimento das relações interpessoais, promovendo o conhecimento dos elementos que constituem o grupo -Apresentação genérica do programa, analisando as expectativas e motivações de cada doente -Promoção da interacção entre os elementos do grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos técnicos e dos elementos do grupo <ul style="list-style-type: none"> ✓ Actividade de quebra-gelo - Apresentação do programa e definição das regras de funcionamento -Distribuição dos manuais do utente -Realização de uma ficha de avaliação inicial (Pré-teste) 	<ul style="list-style-type: none"> Quadro Marcadores para quadro Pré-teste
Sessão 2 – O que é a Psicose	<ul style="list-style-type: none"> -Esclarecimento sobre o que é a Psicose -Estimular a motivação dos indivíduos para uma melhor adesão ao programa 	<ul style="list-style-type: none"> -Introdução à Área de Competência <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introduzir os tópicos e objectivos referentes a esta Área de Competência específica ✓ Conversa sobre os diferentes conteúdos inerentes à patologia ✓ Troca de experiências pessoais -Visualização de uma cassette de vídeo -Realização de um RolePlay 	<ul style="list-style-type: none"> Material audiovisual para visualização de uma cassette de vídeo
Sessão 3 – Identificação de Sinais de alerta de uma recaída	<ul style="list-style-type: none"> -Aprender os sinais de alerta para uma recaída mais comuns na doença mental crónica -Aprender como identificar os sinais de alerta indivíduos -Aprender a monitorizar os sinais de alerta individuais como auxílio de uma pessoa de referência -Estimular a motivação dos indivíduos para uma melhor adesão ao programa 	<ul style="list-style-type: none"> -Introdução à Área de Competência: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introduzir os tópicos e objectivos referentes a esta Área de Competência específica ✓ Conversa sobre a sintomatologia inerente à patologia ✓ Troca de experiências pessoais ✓ Preenchimento de uma checklist sobre sinais de alerta individuais -Visualização de uma cassette de vídeo -Realização de um RolePlay 	<ul style="list-style-type: none"> Material audiovisual para visualização de uma cassette de vídeo Checklist sobre sinais de alerta

Sessão 4 – Identificação de Sinais de alerta de uma recaída (Continuação)	<p>-Aprender os sinais de alerta para uma recaída mais comuns na doença mental crónica</p> <p>-Aprender como identificar os sinais de alerta indivíduos</p> <p>-Aprender a monitorizar os sinais de alerta individuais como auxílio de uma pessoa de referência</p>	<p>-Gestão de Recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação dos recursos existentes ✓ Discussão acerca da utilização dos recursos necessários para manifestar um desempenho adequado das competências ✓ Contrato com pessoas de referência <p>-Resolução de problemas</p> <p>-Exercícios in Vivo</p> <p>-Trabalho de Casa</p>	<p>Contrato</p>
Sessão 5 – Gestão de Sinais de Alerta	<p>-Aprender como procurar assistência de um profissional de saúde para diferenciar entre sinais de alerta, sintomas persistentes, efeitos secundários da medicação e alterações de humor</p> <p>-Aprender como utilizar técnicas específicas para uma gestão adequada dos sinais de alerta</p> <p>-Aprender a elaborar um plano de emergência</p>	<p>-Sumário do módulo anterior de forma a dar feedback e reforço positivo ao grupo sobre o seu desempenho;</p> <p>-Introdução à Área de Competência:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introduzir os tópicos e objectivos referentes a esta Área de Competência específica ✓ Conversa acerca dos conceitos: sinais de alerta, sintomas persistentes, efeitos secundários da medicação e alterações de humor, especificando as diferenças de cada um <p>-Gestão de Recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Preenchimento checklist acerca da monitorização dos sintomas de alerta <p>-Exercício in Vivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboração de um plano de emergência individual <p>Calendarização dos encontros para assumpção dos compromissos entre o utente e as pessoas de referência</p>	<p>Quadro</p> <p>Marcadores para quadro</p> <p>Checklist acerca da monitorização dos sintomas de alerta</p> <p>Plano de Emergência individual</p>

<p>Sessão 6 – Identificação de Sintomas Residuais Persistentes</p> <p>Sessão 6 – Identificação de Sintomas Residuais Persistentes (continuação)</p>	<p>Aprender a reconhecer os sintomas persistentes</p> <p>Aprender a procurar assistência de um profissional de saúde para diferenciar entre sinais de alerta, sintomas persistentes, efeitos secundários da medicação e alterações de humor</p> <p>Aprender como utilizar técnicas específicas para uma gestão adequada dos sinais persistentes</p> <p>Aprender a monitorizar os sintomas persistentes diariamente</p>	<p>-Sumário do módulo anterior de forma a dar feedback e reforço positivo ao grupo sobre o seu desempenho</p> <p>-Introdução à Área de Competência:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introduzir os tópicos e objectivos referentes a esta Área de Competência específica <p>-Visualização de uma cassette de vídeo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Troca de experiências ✓ Preenchimento de uma ficha relativa à quantidade e qualidade dos sintomas persistentes individuais <p>-Gestão de recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnicas sugeridas para lidar com sintomas persistentes ✓ Troca de experiências <p>-RolePlay</p>	<p>Quadro Marcadores para quadro Material audiovisual para visualização de uma cassette de vídeo</p> <p>Ficha relativa à quantidade e qualidade dos sintomas persistentes</p>
<p>Sessão 7 – Gestão dos Sintomas Residuais Persistentes</p>	<p>-Aprender como utilizar técnicas específicas para uma gestão adequada dos sinais persistentes</p> <p>-Aprender a monitorizar os sintomas persistentes diariamente</p>	<p>-Resolução de problemas emergentes</p> <p>-Exercícios in Vivo</p> <p>-Trabalho da casa</p>	<p>Plano de Emergência</p> <p>Grelha de potenciais sintomas persistentes</p> <p>Grelha de sugestões de técnicas de coping a adoptar</p>
<p>Sessão 8 – Obter informação relativamente à medicação antipsicótica</p>	<p>-Adquirir conhecimentos sobre a forma como actua este tipo de medicação</p> <p>Explorar a necessidade de realizar medicação continua</p> <p>-Aprender os benefícios da medicação</p> <p>-Aprender os procedimentos apropriados na toma da medicação</p> <p>-Aprender como avaliar as respostas diárias à medicação</p>	<p>-Introdução à Área de Competência:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introduzir os tópicos e objectivos referentes a esta Área de Competência específica ✓ Conversa sobre a medicação inerente à patologia ✓ Troca de experiências pessoais <p>-Visualização de uma cassette de vídeo</p> <p>-Realização de um RolePlay</p> <p>-Gestão de Recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação dos recursos existentes ✓ Discussão acerca da utilização dos recursos 	<p>Material audiovisual para visualização de uma cassette de vídeo</p>

		necessários para manifestar um desempenho adequado das competências -Trabalho de Casa (opcional)	
Sessão 9 – Evitar o consumo de álcool e drogas	<p>-Aprender os efeitos adversos do consumo de álcool e drogas ilícitas e os benefícios de o evitar</p> <p>-Aprender a recusar ofertas de álcool e drogas</p> <p>-Aprender a resistir às hipóteses de consumo como meio de compensar a ansiedade, a baixa auto-estima ou a depressão</p> <p>-Aprender a abordar a temática com os membros da equipa de saúde</p> <p>-Promover a modelagem de comportamentos a partir da visualização de uma cassette de vídeo</p>	<p>-Introdução à Área de Competência:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introduzir os tópicos e objectivos referentes a esta Área de Competência específica; ✓ Conversa sobre histórias individuais de consumo: troca de experiências pessoais; ✓ Vantagens e desvantagens inerentes ao consumo <p>-Visualização de uma cassette de vídeo</p> <p>-Realização de um Role-Play</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Treino de Competências 	<p>Ficha Vantagens e Desvantagens inerentes ao consumo</p> <p>Material audiovisual para visualização de uma cassette de vídeo</p> <p>Ficha Cinco Passos para dizer NÃO</p> <p>Ficha de Actividades Construtivas</p>
Sessão 10 – Evitar o consumo de álcool e drogas (continuação)	<p>-Aprender os efeitos adversos do consumo de álcool e drogas ilícitas e os benefícios de o evitar</p> <p>-Aprender a recusar ofertas de álcool e drogas</p> <p>-Aprender a resistir às hipóteses de consumo como meio de compensar a ansiedade, a baixa auto-estima ou a depressão</p> <p>-Aprender a abordar a temática com os membros da equipa de saúde</p> <p>-Aprender a identificar e seleccionar os recursos adequados a cada situação</p> <p>Realizar exercícios em contexto real de modo a praticar as competências apreendidas</p>	<p>-Gestão de Recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover uma discussão sobre como e onde encontrar recursos referentes a informação sobre os efeitos do álcool <p>-Exercícios in Vivo</p> <p>-Trabalho de Casa</p>	<p>Quadro</p> <p>Ficha de alternativas ao consumo de álcool</p> <p>Ficha de actividades construtivas</p>
Sessão 11 – Conclusão	<p>-Revisão dos conceitos mais importantes apreendidos durante o programa</p> <p>-Esclarecimento de dúvidas</p> <p>-Avaliação informal e formal do programa</p>	<p>-Discussão sobre os aspectos positivos e negativos do programa e sobre o proveito individual</p> <p>-Ficha de Avaliação (Pós-teste)</p>	<p>Ficha de Avaliação</p> <p>Pós-teste</p>

Anexo 4: Exemplo de Sessões Multimédia para o Manual Digital

INTRODUÇÃO À PSICOSE

PORQUÊ APRENDER SOBRE A PSICOSE?

Compreender todos os aspectos relacionados com a sua doença, poderá ajudá-lo:

- a perceber melhor o que lhe aconteceu;
- a compreender os sentimentos e pensamentos que tem experienciado;
- a compreender melhor as pessoas com os mesmos problemas;
- a compreender o tratamento que necessita para melhorar;
- aprender maneiras que o ajudem a prevenir recaídas.

Tem o direito de ser informado sobre a sua doença e todas as possibilidades de tratamento!

PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO

É muito importante aprender sobre a Psicose?

Utilize este menu para a animação a qualquer momento e ler os diálogos.

U.PORTO
© 2009 Universidade do Porto. Todos os direitos reservados.

Laboratório de Reabilitação Psicossocial

INTRODUÇÃO À PSICOSE

PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO

HOSPITAL

Para completares o estudo desta sessão consulta os tópicos no menu lateral e faz a actividade "Teste os seus conhecimentos"!

Utilize este menu para a animação a qualquer momento e ler os diálogos.

U.PORTO
© 2009 Universidade do Porto. Todos os direitos reservados.

Laboratório de Reabilitação Psicossocial